

Université de Montréal

**Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales
(VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes**

par

Martine Vincent

Département de psychologie de l'Université de Montréal

Faculté des arts et sciences

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de
l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en
psychologie, programme recherche et intervention option
clinique dynamique**

Juillet 2003

© Martine Vincent, 2003



BF

22

U54

2004

V.009

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales
(VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes

présentée par :
Martine Vincent, M.Ps. psychologue

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Dre Margaret C Keily, Ph.D. psychologue

Présidente-rapporteuse

Dre Hélène David, Ph.D. psychologue

Directrice de recherche

Dr Paul C. Veilleux, Ph.D. psychologue

Codirecteur

Dr Denis Lafortune, Ph.D. psychologue

Membre du jury

Dre Véronique Lussier, Ph.D. psychologue

Examinatrice externe

Dre Julie Bruneau, m.d.

Représentante du doyen de la FES

Résumé

L'échange du matériel d'injection (seringue, cuillère, eau, coton) et les comportements sexuels non protégés représentent les principales voies de transmission du VIH/sida et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les autres consommateurs de drogues ainsi que l'entourage de ces personnes à risque. Dans les grandes villes canadiennes, la grande majorité des usagers de drogues injectables sont des cocaïnomanes. Ainsi, la cocaïnomanie en Amérique du Nord pose un défi de taille aux mesures préventives contre les infections virales (VIH/sida, hépatites B et C) d'autant plus qu'elle s'associe souvent à d'autres problématiques tout aussi complexes telles la désaffiliation sociale, la criminalité, la marginalisation, la violence, les troubles de santé physique aigus et de santé mentale graves.

Cette thèse présente les résultats de deux méthodes d'investigation des facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales chez les cocaïnomanes. Dans un premier temps, 32 cocaïnomanes recrutés à deux programmes d'échange de seringues de Montréal et à une cohorte d'étude à l'hôpital Saint-Luc ainsi que 17 intervenants impliqués dans le domaine de la toxicomanie ont donné leurs avis sur les problématiques associées à la consommation de cocaïne et sur les stratégies à mettre sur pied afin de rejoindre cette population et de réduire les risques d'infections virales. Cette étude qualitative indique que les cocaïnomanes désaffiliés (dissociés du lien social) investissent les services de

manière paradoxale. Autant ils expriment le désir de prendre des responsabilités, de s'actualiser, d'être indépendants autant ils recherchent avidement une position de dépendance à l'autre. Ainsi, la relation à l'autre et aux intervenants est empreinte d'une dépendance conflictuelle. Tantôt ils expriment le besoin de construire des liens, de donner un sens à leur vie, tantôt ils s'enfoncent dans la destruction de leur corps et des liens avec les autres. Pour leur part, les intervenants soulignent les problèmes de coordination et de collaboration entre les ressources. Ils rapportent aussi un sentiment d'impuissance face aux enjeux destructeurs des toxicomanes.

Dans un deuxième temps, une recherche comparative chez des usagers de cocaïne par injection, recruté à Spectre de rue, à la Cohorte Saint-Luc, au Centre Dollard-Cormier et aux hôpitaux du CHUM, illustre qu'il existe une hétérogénéité dans cette population quant aux risques liés au partage du matériel d'injection. Certains cocaïnomanes UDI de l'échantillon recruté prennent des risques considérables dans l'utilisation qu'ils font des seringues (groupe très à risque (TR)), d'autres n'en prennent que très peu compte tenu de la problématique (groupe peu à risque (PR)). Ces deux groupes, groupe TR (N=27) et groupe PR (N=47), ne sont pas significativement différents quant à l'âge, aux statuts socioéconomique et relationnel, aux antécédents suicidaires et à la gravité de leur consommation de drogues. Ils ne se distinguent pas non plus en rapport au contrôle pulsionnel, aux traits narcissiques et à l'intériorisation des normes et des valeurs sociales tels que mesurés par le *California*

Psychological Inventory et l'Inventaire de personnalité narcissique. Sur ces dernières variables, par contre, l'ensemble de l'échantillon a des scores significativement plus faibles que la norme. La gravité de la consommation d'alcool, pour sa part, est un facteur prédisposant à l'emprunt du matériel d'injection dans cet échantillon. Les cocaïnomanes UDI très à risque ont une consommation d'alcool significativement plus grave que les cocaïnomanes UDI peu à risque.

Bien que les analyses statistiques n'ont pu mettre en évidence d'autres facteurs de risque que l'abus d'alcool chez les cocaïnomanes UDI, l'ensemble de cette thèse illustre la grande désorganisation sociale et psychique de ces cocaïnomanes ainsi que la nécessité d'adapter les interventions à leur réalité très complexe. La distribution de seringues et de condoms ainsi que les interventions de type *outreach* sont essentielles mais fort insuffisantes. Dans le domaine du VIH/sida et des hépatites chez les cocaïnomanes, il devient essentiel de tenir compte de l'ensemble des multiples difficultés auxquelles les cocaïnomanes sont confrontés et d'améliorer, non seulement les interventions mais également de s'interroger sur les structures sociales actuelles. Quelles sont celles qui perpétuent ces problématiques ? Quels sont les cadres sociaux qui limitent les comportements autodestructeurs et les régressions ? Où sont les repères sociaux permettant à ces personnes de se réaliser et de donner un sens à leur vie ?

Mots clés : utilisateurs de drogues injectables (UDI), Montréal, désaffiliation sociale, narcissisme, contrôle pulsionnel, enjeux destructeurs, philosophie de la réduction des méfaits, programmes à bas seuil d'exigence, programmes d'échange de seringues (PES), *empowerment*.

Summary

The sharing of injection material (needle, spoon, water, cotton swab) and unprotected sexual behaviours represent the principal means of transmitting HIV/AIDS and hepatitis in intravenous drug users (IDU), in other drug consumers as well as in others close to these individuals at risk. In large Canadian cities, the majority of IDU are cocaine abusers. Hence, cocaine abusers in North America poses an important challenge in preventive measures against viral infections (HIV/AIDS, hepatitis B and C), all the more so since it is often linked to other complex difficulties such as social disaffiliation, criminality, marginalization, violence, acute physical illnesses as well as severe mental disorders.

This thesis presents the results of two investigative methods on psychosocial factors related to the risks of viral infectious diseases in cocaine abusers. A first study examines 32 cocaine abusers recruited from two needle exchange programs located in Montreal and from the St-Luc Hospital Cohort. Seventeen drug addiction counsellors were also recruited. Those two groups shared their opinions on the difficulties associated to cocaine abuse and the strategies to adopt in reaching this population and in reducing the risks of viral infections. This qualitative study indicates that the disaffiliated cocaine abusers (dissociated from social links) show a paradoxical investment to services. While they express their desire to take on their own responsibilities, to self-

actualize, to be independent, they also avidly seek a dependency relationship with others. Thus, the relationship with others as well as with their counsellors is tinged with a conflictual dependency. On the one hand they express the need to build on relationships, to give meaning to their lives, and on the other, they indulge in their body's destruction as well as in the destruction of relationships with others. As for the counsellors, they underline problems in the coordination and the collaboration between resources. They also report a feeling of powerlessness in relation to the destructiveness found in cocaine abusers.

Secondly, a comparative study in intravenous cocaine users all recruited at Spectre de rue, St-Luc Hospital Cohort, Centre Dollard-Cormier and in the CHUM, shows the heterogeneity of this population as to the risks in the sharing of injection material. Some IDU cocaine abusers from this sample take considerable risks in their usage of syringes (high risk group (HR)), while others take lower risks considering the difficulties they face (low risk group (LR)). These two groups (HR group (N=27) and LR group (N=47)) do not significantly differ as to their age, socio-economical and relational status, suicidal history and severity of drug use. Further, they do not differ on the impulse control variables, on their narcissistic traits or on the internalization of norms and social values, as measured by the California Psychological Inventory and the Narcissistic Personality Inventory. However, on these last variables, the sample has significantly lower scores than the norms. The results also show that in this same sample, the severity of alcohol consumption consists in a

predisposing factor to the sharing of injection material. High risk IDU cocaine abusers have a significantly more severe consumption of alcohol than their low risk counterparts.

Although the statistical results obtained did not show any other risk factors apart from alcohol consumption in IDU cocaine abusers, this thesis illustrates the important social and intrapsychic disorganization of these individuals as well as the necessity to adapt the interventions to their complex reality. The distribution of needles and condoms as well as outreach interventions are essential but far from sufficient. In the field of HIV/AIDS and hepatitis in cocaine abusers, it becomes of great importance to consider the entirety of the difficulties that cocaine abusers face and to not only improve the interventions but also to question the present social structures that exist. What are the social structures that perpetuate these difficulties? What are the social settings that limit self-destructive and regressive behaviours? Where are the guidelines that allow these individuals to actualize themselves and give meaning to their lives?

Keywords: intravenous drug users (IDU), Montreal, social disaffiliation, narcissism, impulse control, destructivity, harm reduction model, low-access programs, needle exchange programme (NEP), empowerment.

Table des matières

Résumé	iii
Summary	vii
Liste des tableaux	xi
Liste des sigles et des abréviations	xii
Remerciements	xiii
 INTRODUCTION	 1
ARTICLE 1	
Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés	6
ARTICLE 2 :	
Enquête d'opinion auprès des cocaïnomanes désaffiliés et des intervenants impliqués	45
ARTICLE 3 :	
Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales chez les utilisateurs de cocaïne injectée	90
CONCLUSION	153
 Appendice 1 : Autorisation de rédiger la thèse sous forme d'articles	 xiv
Appendice 2 : Accord des coauteurs et permission des éditeurs	xvi
Appendice 3 : Formulaire de consentement destiné aux sujets	xxii
Appendice 4 : Questionnaires destinés aux sujets	xxviii

Liste des sigles et des abréviations

Tableau I : Facteurs psychosociaux et sociodémographiques	117
Tableau II : Comportements sexuels à risque et orientation sexuelle ...	118
Tableau III : Risques et pourcentage d'infections virales chez les TR et PR	120
Tableau IV : Âges et nombre d'années de consommation de cocaïne ...	121
Tableau V : Gravité de la consommation de drogues (IGT)	123
Tableau VI : Gravité de la consommation d'alcool (IGT)	124
Tableau VII : Consommation d'héroïne en rapport à l'âge (N=89)	125
Tableau VIII: Scores des sujets au CPI en rapport avec la norme	127
Tableau IX : Scores des sujets au CPI en rapport aux groupes TR et PR	127
Tableau X : Score des sujets au IPN en rapport à la norme	128
Tableau XI : Scores des sujets au IPN en rapport aux groupes TR et PR	129

Liste des sigles et des abréviations

CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CPI :	<i>California Psychological Inventory</i>
HRBS :	<i>HIV Risk Taking Behavior Scale</i>
IGT :	Indice de gravité d'une toxicomanie
IPN :	Inventaire de personnalité narcissique
MTS :	Maladies transmissibles sexuellement
PES :	Programmes d'échange de seringues
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI :	Utilisateurs ou usagers de drogues par injection
UHRESS :	Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine

Remerciements

J'aimerais remercier chaleureusement ma directrice, Dre H       David, Ph.D., et mon codirecteur, Dr Paul C. Veilleux, Ph.D., de leur soutien. Ils ont manifesté beaucoup d'ouverture à mon égard et m'ont permis d'explorer l'univers de la recherche avec une grande liberté. Ils ont fait confiance à mes capacités et à mes idées, confiance qui m'a été très précieuse. Je leur suis reconnaissante pour les encouragements prodigués lors de périodes particulièrement difficiles. Je tiens aussi à remercier Dr Pierre Lauzon, m.d. pour sa disponibilité, sa confiance et sa contribution intellectuelle à mes réflexions sur les problèmes sociaux concernant les usagers de drogues injectables. La collaboration de Robert Boileau, statisticien au CHUM, de mon assistant de recherche, Dominic Bugeaud et de Nicole Hamel-Jutras du Centre Dollard-Cormier me fut aussi d'une grande utilité.

Je souligne la grande générosité des cocaïnomanes qui ont participé aux études de cette thèse. Malgré leurs conditions de vie précaires, leur problème grave de consommation de drogues, la grande majorité de ces personnes ont pris un temps précieux à me faire comprendre leur univers et ont collaboré en montrant un intérêt pour mes questionnements. Je tiens également à remercier l'équipe de Spectre de rue, programme d'échange de seringues du centre-sud de Montréal, pour son accueil très chaleureux, sa disponibilité et son ouverture à mes idées. Je tiens à souligner la collaboration des équipes de désintoxication et de

récupération du Centre Dollard-Cormier, celle de l'équipe de la Cohorte Saint-Luc du CHUM ainsi que le soutien du CHUM, particulièrement l'équipe de l'URHESS, pour le recrutement des sujets de recherche et le soutien. De plus, les commentaires constructifs des comités de pairs et de lecture des revues auxquelles j'ai soumis mes articles m'ont permis de pousser mes réflexions plus loin.

Je tiens également à souligner l'encouragement chaleureux de mes amis Julie, Natali, Mélanie et Brigitte ainsi que le soutien de mes collègues au Centre de santé mentale communautaire de l'Hôpital Saint-Luc, tout particulièrement, celui de Marie Guertin ainsi que celui de Marcel Courtemanche, chef du département de psychologie du CHUM. Je remercie mes frères, David et Hubert, et mes parents, Jean-Pierre et Danielle pour leur soutien. Je suis aussi très reconnaissante à ma tante Sylvie Gosselin et au département de psychologie de l'Université de Montréal de leurs généreux soutiens financiers.

Je remercie Vital Vézina, psychologue et psychanalyste, de m'avoir accordé un espace de parole précieux et de m'avoir indiqué qu'il existe d'autres voies que la souffrance. Sans ces personnes précieuses, je n'aurais pu traverser cette épreuve intellectuelle et humaine que représente une thèse de doctorat. Cette thèse m'a permis de réaliser, entre autres que, seule, la vie n'a pas de sens !

INTRODUCTION

*« Pour un instant ces paradis artificiels
étourdissent, couvent sans l'étouffer tout à fait, un esprit
épuisé, une vie brisée, et ne sont que de tristes refuges, un
enfer pour un sombre itinéraire » (Lyonel Icart)*

La cocaïnomanie est une réalité nord-américaine. En Amérique du Nord, plus de 70 % des usagers de drogues injectables sont des cocaïnomanes (Laberge, 2000). Au Canada, la prévalence est élevée à Montréal, Toronto et Vancouver. Ce phénomène complexe implique de nombreux enjeux sociologiques, psychologiques, politiques, médicaux, biologiques et économiques. Il est d'autant plus complexe lorsqu'il s'associe, comme c'est très souvent le cas, à d'autres problématiques telles la désaffiliation sociale, l'itinérance, la criminalité, la violence, les troubles de santé mentale, les infections virales (VIH/sida) et les MTS, la marginalisation, etc. Lorsqu'ils sont concomitants, ces problèmes mènent souvent à une plus grande exclusion sociale et compliquent ainsi les interventions psychosociales qui visent la réduction des méfaits, entre autres, ceux reliés aux risques d'infections virales.

Cette thèse s'est particulièrement penchée sur les difficultés des personnes cocaïnomanes désaffiliées de Montréal, population très à risque d'infections virales. Les cocaïnomanes ne constituent pas un groupe homogène bien que les écrits rendent peu compte de la diversité de cette population. Certains cocaïnomanes vivent dans une plus grande détresse sociale et sont plus désaffiliés que d'autres qui sont plus intégrés socialement. Étant donné la rupture des liens sociaux, les personnes cocaïnomanes désaffiliées posent un défi particulier dans la planification des mesures préventives. Ces personnes sont plus inaccessibles et souvent davantage exclues des services.

Cette thèse rapporte donc les résultats de deux méthodes d'investigation : une enquête d'opinion auprès des cocaïnomanes désaffiliés de Montréal (N=32) et des intervenants impliqués auprès d'eux (N=17) ainsi qu'une étude comparative entre deux groupes d'utilisateurs de cocaïne par injection, soit un groupe très à risque (N=27) et un groupe peu à risque (N=47) quant au partage du matériel d'injection.

Le premier article de cette thèse consiste en une étude critique des mesures préventives auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI) ainsi que des facteurs psychosociaux faisant obstacle à la prévention des infections virales chez cette population très à risque. Cette population, surtout les personnes les plus désaffiliées, est difficile à rejoindre et les interventions préventives les plus utilisées au Québec ont peu d'impact sur le développement d'un rôle social actif, valorisant et mobilisateur de changements. Bien des cocaïnomanes, dont l'estime a été écorchée, perdent tout sentiment d'utilité sociale et se trouvent dans l'impossibilité d'exercer un rôle actif et de se réapproprier du pouvoir par rapport aux nombreux problèmes qui les envahissent. La distribution de matériel d'injection stérile et de condoms et les interventions de type *outreach* représentent un premier niveau d'intervention préventive nécessaire mais loin d'être suffisant dans la lutte contre les infections virales (VIH/sida et hépatites). Comment permettre aux consommateurs de drogues de reprendre du pouvoir et comment les aider à adopter une position sociale plus intégrée ?

Le deuxième article relate les résultats d'une enquête d'opinion auprès des cocaïnomanes particulièrement désaffiliés de Montréal et des intervenants les entourant. Cette enquête auprès de 32 cocaïnomanes recrutés à deux programmes d'échange de seringues et à la Cohorte Saint-Luc du CHUM, a permis d'explorer leurs besoins et la perception qu'ils ont de leurs problèmes et de leurs réalités sociales. Elle a aussi permis d'explorer leur rapport au réseau d'aide et leurs idées sur les stratégies préventives à développer pour les rejoindre. Les opinions de 17 intervenants du réseau d'aide ont également été recueillies. Les résultats illustrent une relation de dépendance conflictuelle chez les cocaïnomanes envers le réseau. Tantôt ils cherchent avidement le lien tantôt ils le détruisent. Les intervenants soulignent l'absence de cohérence, de collaboration et de coordination des services auprès de ces populations difficiles et souvent rejetées d'une ressource à l'autre.

Le troisième article présente les résultats d'une étude comparative entre des cocaïnomanes très à risque et des cocaïnomanes peu à risque quant à l'emprunt de matériel d'injection. Cette étude regroupe les résultats d'analyses statistiques sur différentes variables susceptibles d'être impliquées dans la prise de risque par rapport au matériel d'injection (ex. gravité de la consommation de drogues et d'alcool, antécédents suicidaires, traits narcissiques, absence de contrôle pulsionnel et d'intériorisation des normes et des valeurs sociales). Elle rapporte également les analyses qualitatives de données d'entrevue sur les comportements sexuels et d'injection à risque ainsi que sur les variables

prédisposant aux risques telles que perçues par les consommateurs. Des premières impressions sur les protocoles du Rorschach et du T.A.T. sont aussi présentées afin d'illustrer certains enjeux destructeurs. L'analyse approfondie des 16 protocoles de Rorschach et de T.A.T. administrés à des cocaïnomanes UDI fera l'objet d'une étude ultérieure. Les résultats démontrent d'abord une hétérogénéité à l'intérieur de cet échantillon par rapport aux risques reliés au partage du matériel d'injection. Étonnamment, malgré une consommation de drogues comparable, certains sujets prennent des risques considérables alors que d'autres se protègent davantage. La gravité de la consommation d'alcool chez les cocaïnomanes UDI est un facteur lié à l'emprunt du matériel d'injection.

Étant donné la rédaction de cette thèse sous forme d'articles, je tiens à aviser à l'avance mes lecteurs qu'il y aura des redites et à m'en excuser. À noter que j'ai contribué à l'apport original de l'élaboration des méthodologies de recherche, à la cueillette des données, aux analyses qualitatives et statistiques ainsi qu'à l'écriture pour chacun des articles de cette thèse. Les coauteurs ont contribué à l'amélioration des méthodologies, des analyses et de l'écriture en poussant plus loin mes réflexions et en répondant à certains problèmes que j'ai rencontrés.

ARTICLE 1

Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés

Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés

Martine Vincent, M.Ps.

Paul C. Veilleux, Ph.D.

Hélène David, Ph.D.

Publié dans Santé mentale au Québec, 2002, XXVIII, 1, 37-53

Résumé

Les cocaïnomanes désaffiliés ont un contact précaire avec le réseau d'aide compliquant ainsi la prévention du VIH et des hépatites chez ces personnes. Leur méfiance envers le réseau d'aide et la prise en charge par la société entravent le développement d'une relation porteuse de changements et d'une mobilisation par ces personnes à une réduction des risques. Le manque de coordination entre les ressources crée un autre obstacle. Après une revue de littérature sur la désaffiliation sociale et les risques d'infections virales chez les cocaïnomanes, les auteurs proposent une analyse critique des avenues préventives concernant ces infections. Ainsi, la philosophie de la réduction des méfaits et les programmes à bas seuil d'exigence, les interventions d'information, de sensibilisation ainsi que les approches motivationnelles, l'*empowerment* et la promotion de la santé sont commentés.

Mots clés : utilisateurs de drogues injectables (UDI), cocaïne, VIH/sida, hépatites, désaffiliation sociale, mesures préventives.

Abstract

Disaffiliated cocaine users have a precarious contact with the health care system thus complicating prevention of HIV and hepatitis. The lack of confidence of cocaine users towards the health care system as well as society's way of taking them in charge hinders both the development of a relationship based on change, and the mobilization by these users towards risk reduction. The lack of coordination between health care resources constitutes yet another obstacle. After reviewing the literature on social disaffiliation and the risks of viral infections in cocaine abusers, the authors make a critical analysis of preventive means concerning viral infections. Thus, the model based on harm reduction, low-access programs, information interventions, sensitization as well as motivational approaches, empowerment and health promotion are discussed.

Keywords: intravenous drug users (IDU), cocaine, HIV/AIDS, hepatitis, social disaffiliation, preventive measures.

Introduction

La cocaïnomanie, un phénomène complexe particulièrement répandu au Québec, peut être analysé à partir de lunettes sociologiques, psychologiques, biologiques, politiques et économiques. Elle est d'autant plus complexe lorsqu'elle s'associe à d'autres problématiques telles que l'itinérance, la désaffiliation sociale, la criminalité, les troubles de santé mentale, les infections virales (VIH/sida, hépatites). Lorsque concomitantes, ces problématiques mènent souvent à une plus grande exclusion sociale et compliquent ainsi les interventions. Que la question soit abordée sous l'angle du VIH/sida, de la santé mentale ou de l'itinérance, certains cocaïnomanes sont touchés par plusieurs de ces facettes. Aussi, cette population pose-t-elle un défi de taille à l'élaboration de mesures d'intervention puisqu'elle est particulièrement inaccessible.

Partant de l'expérience d'équipes cliniques et de recherche de Montréal, cet article s'intéresse particulièrement aux mesures d'intervention qui permettraient d'établir un contact avec ces cocaïnomanes les plus désaffiliés socialement. Ces derniers vivent dans l'instabilité résidentielle, souffrent de problèmes de santé physique ou mentale souvent peu traités, sont aux prises avec des problèmes judiciaires, sont très à risque par rapport aux infections virales et consultent de façon erratique les ressources à leur disposition. Bien que ces consommateurs soient peu décrits dans la littérature comparativement aux autres, ces cocaïnomanes désaffiliés sont bien connus des urgences médicales, des

ressources à bas seuil d'exigence telles que les programmes d'échange de seringues (PES) et des travailleurs de rue. Selon les expériences sur le terrain, leur grande désorganisation psychosociale complique l'élaboration de stratégies pour les rejoindre et améliorer leurs conditions de vie.

Problématiques liées aux cocaïnomanes désaffiliés

Problématique de liens : désaffiliation sociale et « déliaison » des services

Les cocaïnomanes ne constituent pas un groupe homogène bien que les écrits rendent peu compte de cette diversité. Certains cocaïnomanes ont davantage tendance à « s'exclure » socialement et sont plus sévèrement exclus par la société tandis que d'autres sont plus intégrés et acceptés socialement malgré leur consommation de cocaïne. En effet, selon Schneeberger (2000, 56), «ce ne sont pas tous les consommateurs de cocaïne qui se désorganisent, se transforment en criminels ou sabotent les liens avec leur entourage ».

Les cocaïnomanes les plus désaffiliés¹ sont plus difficiles à rejoindre par les intervenants du réseau d'aide. Plus la cocaïne occupera une place importante, plus le lien social s'effacera. Toutefois, cette dynamique de liens sociaux est beaucoup plus complexe et implique certainement d'autres facteurs.

D'une part, les personnes en marge, à cause de la discrimination et de leur histoire d'abus, ont développé une méfiance extrême qui les maintient loin des

services (Noël et al., 1999; Beauchemin, 1996; Parazelli, 1996). Elles répètent souvent le traumatisme du rejet, de l'abandon et de l'abus dans leur relation aux autres, y compris leur relation avec les intervenants. Cette méfiance se pose en obstacle à la possibilité de leur venir en aide. De plus, elles sont privées d'un sentiment d'utilité sociale et de la possibilité d'exercer leur rôle de citoyen (Bouchard, 1996; Parazelli, 1996). Elles sont en rupture et ce, plus particulièrement avec les institutions représentant l'autorité et la norme. Selon l'expérience clinique, les cocaïnomanes désaffiliés ne font pas exception. Eux aussi vivent la méfiance, l'exclusion, la rupture et c'est souvent de façon erratique qu'ils consultent les ressources.

Plusieurs équipes mobiles et les travailleurs de rue tentent de rejoindre les consommateurs désaffiliés afin de répondre à leurs besoins fondamentaux. Par contre, ces interventions ne permettent pas le développement de la socialisation au sens d'exercer un rôle social. Comment est-il possible alors pour ces personnes désaffiliées de redevenir citoyen à part entière et de vivre les expériences valorisantes de socialisation nécessaires à une insertion sociale ? (Parazelli, 1996). L'Itinéraire², un regroupement proactif pour les personnes itinérantes de Montréal, est l'un des rares exemples qui illustre la possibilité d'instaurer un environnement permettant d'exercer son rôle de citoyen.

Les réactions relativement aux populations marginalisées, entre autres les cocaïnomanes, ont aussi un impact sur les services. Ces personnes jugées

« indésirables » font souvent face au refus des services et sont référées ailleurs, créant ainsi une circularité stérile des références (Poirier, 1996). La multitude des problématiques chez une même personne peut devenir une raison, souvent involontaire, d'exclusion. Selon l'expérience américaine de Drake et al. (1991) par exemple, les personnes souffrant de troubles comorbides de toxicomanie et de troubles mentaux graves sont souvent refusées par les services ou encore reçoivent leur congé prématurément.

Une réaction contraire est la prise en charge massive de ces personnes. Ainsi, sont-elles privées de toute possibilité de développer les sentiments d'estime et d'efficacité personnelles nécessaires pour modifier elles-mêmes leurs conditions de vie (Poirier, 1996).

La problématique de liens existe également à l'intérieur même des services qui sont souvent morcelés, sans coordination et en compétition les uns avec les autres. Cette absence de cohérence vient entraver l'accessibilité et la disponibilité des ressources. De plus, le caractère temporaire et spécialisé des services ne favorise pas le développement d'un sentiment d'appartenance et d'un lien durable qui s'avèrent essentiels à l'insertion sociale (Fortier et Roy, 1996). Le manque de coordination est d'autant plus marquant lorsque les problématiques sont multiples (Drake et al., 1991).

Risques d'infections virales (VIH/sida et hépatites)

À cause de ces ruptures de liens, les cocaïnomanes désaffiliés ont un contact précaire avec le réseau d'aide. Les interventions préventives auprès de cette population à risque d'infections virales telles que le VIH/sida et les hépatites sont donc plus compliquées. Contrairement aux héroïnomanes qui s'injectent entre deux à quatre fois par jour (Hankins³), les cocaïnomanes peuvent s'injecter quotidiennement jusqu'à 30 fois et sont ainsi davantage exposés au partage du matériel d'injection contaminé (Schneeberger, 2000; Noël et al. 1999; Chevalier et Laurin, 1999).

De plus, 65 à 90 % des usagers de drogues injectables (UDI) au Québec, sont des cocaïnomanes (Schneeberger, 2000) et les UDI infectés sont aussi principalement des cocaïnomanes (Noël et al., 1999; Parent et al. 1997). Les études québécoises sur les UDI reflètent donc, en grande partie, la réalité des consommateurs de cocaïne. Dans cette province, le nombre de cas de sida associés à l'usage de drogues par voie intraveineuse est passé de 7,9 % en 93-94 à 21,9 % en 1997 (Turmel et al. 1998). La diminution de l'usage d'héroïne au profit de la consommation de cocaïne pourrait contribuer à cette hausse. L'injection de cocaïne est particulièrement prédominante à Vancouver, Toronto et Montréal (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002/2003).

À Montréal, les données indiquaient une incidence du VIH de 8,3 par 100 personnes-années et une prévalence de 18 % (Alary et al., 1998). Selon le

nouveau document du réseau SurvUDI de 2001, ces taux ont un peu diminué à 6,0 personnes-années et 16,7 % respectivement (Alary, 2001). Cependant, la prévalence demeure plus élevée que le seuil de 10 % de séroprévalence critique (Hankins³). De plus, selon les données de l'UHRESS⁴, parmi les personnes infectées du VIH et hospitalisées au CHUM en 1998 (N=505), les UDI infectés (N=227) sont deux fois moins nombreux à recevoir des traitements antirétroviraux que les autres personnes atteintes du VIH malgré une indication de traitement (Rouleau, D. 2000). Chez des jeunes de la rue âgés entre 12 et 25 ans recrutés à Montréal (N=641), 2,04 % sont infectés du VIH. Parmi ces jeunes, 20 % consomment de la cocaïne hebdomadairement, 36 % se sont déjà injectés dans leur vie et les drogues injectées de choix sont l'héroïne (45 %) et la cocaïne (45 %) (Roy et al., 2000). Aussi, selon l'étude de la Cohorte Saint-Luc du CHUM, 70 % des 282 UDI recrutés sont atteints de l'hépatites C (Lamothe et al., 1997).

De plus, la consommation de cocaïne fait obstacle aux bénéfices des programmes de méthadone, responsables d'une baisse notable des risques chez les héroïnomanes. Ceux d'entre eux consommant de la cocaïne adhèrent beaucoup moins au traitement de méthadone ou l'abandonnent (Friedman et al., 1991). Chose inquiétante, l'injection de cocaïne est l'un des facteurs qui prédit le plus la séropositivité et la séroconversion chez les héroïnomanes (Chaisson, 1989; DesJarlais et al., 1988).

Les problèmes de santé mentale chez les toxicomanes sont également préoccupants. Par exemple, parmi les toxicomanes infectés suivis par l'équipe mobile de l'UHRESS, majoritairement des cocaïnomanes, 32 % ont un diagnostic psychiatrique (Lahaie, C., 2002). Selon Drake et al. (1991), 10 à 20 % des itinérants souffrent de cette comorbidité. Ces personnes seraient encore plus résistantes à accepter de l'aide (Drake et al. 1991) et plus à risque d'infections virales que les itinérants n'ayant pas de problèmes de santé mentale (Song, 1999).

Les comportements sexuels à risque chez les toxicomanes ont peu diminué malgré les mesures préventives (Cottler et al., 1998; Kumar et al., 1998; Millson et al., 1995). Millson et al. (1998) ont constaté auprès de 582 UDI, que chez les hommes ayant des relations hétérosexuelles, seulement 20 % utilisent toujours le condom et 50 % ne l'utilisent jamais, tandis que chez ceux ayant des relations homosexuelles, les chiffres sont de 38 et 43 % respectivement. Ces risques ont de graves répercussions sur l'entourage. D'ailleurs, aux États-Unis, 48 % des femmes ayant le sida l'avaient contracté par un partenaire sexuel UDI (Hankins³).

Plusieurs chercheurs concluent que l'instauration de programmes d'échange de seringues (PES), distribuant des condoms et des seringues stériles, a permis une baisse du taux d'incidence des infections virales chez les UDI. Par ailleurs, à Montréal, Bruneau et al. (1997) constatent que l'usage de cocaïne comme

drogue de choix, le nombre d'injections mais aussi l'utilisation des PES représentent des facteurs de risque prédisant la séroconversion chez les UDI. Ceux utilisant les PES sont aussi plus jeunes et plus désaffiliés. Ainsi, les PES rejoindraient les populations les plus à risques. Toutefois, bien que nécessaires, ils sont insuffisants dans la lutte contre les infections virales chez les UDI. D'autres mesures préventives doivent être développées autour des PES (Bruneau et al., 1997).

De plus, les connaissances des UDI sur les dangers reliés au VIH et aux hépatites n'empêchent pas la prise de risques. Selon une recherche de Wolitski et al. (1996), bien que 80,7% des 774 UDI consultés détiennent des informations sur les risques d'infections virales, 76 % rapportent échanger. Malheureusement, ce sont souvent les personnes les moins à risque qui se servent le plus des informations pour se protéger (Levine et al., 1993).

En conclusion, malgré les PES et les informations transmises sur les infections virales, plusieurs UDI, qui sont majoritairement des cocaïnomanes à Montréal, demeurent à risque. Le développement de réseaux d'UDI infectés et à haut risque autour des PES est inquiétant puisque même un faible taux de risque mène à un nombre élevé d'infections dans un contexte où la séroprévalence est élevée. Considérant la grande mobilité géographique des UDI et les échanges de seringues qu'ils ont avec leurs partenaires sexuels et d'injections, leur état sérologique et hépatique représente une préoccupation pour leur entourage et la

population en général (Bruneau et al., 1997; Des Jarlais et al., 1997). De plus, la désaffiliation sociale est criante chez cette population et s'avère un obstacle de taille pour les rejoindre et prévenir les risques.

Mesures préventives dans le domaine du sida

Philosophie de la réduction des méfaits et programmes à bas seuil d'exigence

La philosophie de la réduction des méfaits et les interventions qui en découlent représenteraient le premier niveau d'intervention préventive. Cette philosophie vise la réduction des conséquences néfastes de la consommation, dont les risques d'infections virales, chez les consommateurs non motivés à changer leurs comportements toxicomaniaques et leur entourage (Schmidt & Williams, 1999). Cette philosophie permet de rejoindre beaucoup de personnes, souvent les plus réfractaires, et lutte contre le sida de façon plus réaliste par opposition à l'idée utopique d'abstinence comme seule alternative. Par contre, la philosophie de la réduction des méfaits, fort répandue au Québec, fait souvent ombrage à d'autres mesures préventives fort importantes.

Les programmes à bas seuil d'exigence découlent de la philosophie de la réduction des méfaits et ont donc été conçus pour rejoindre les consommateurs désaffiliés et peu motivés à changer leur consommation. Ces PBS sont peu exigeants et sont ainsi accessibles aux personnes les plus désorganisées par leurs difficultés. Les programmes d'échange de seringues (PES), certains

programmes de méthadone, les centres de jour, de soir et de nuit et les programmes d'employabilité adaptés aux toxicomanes existent au Québec. Les Européens ont poussé plus loin cet aspect de la prévention du VIH en instaurant des sites d'injections sécuritaires, des automates à seringues, des lieux de pause et de réparation du corps où les toxicomanes peuvent prendre une douche, soigner des blessures, avoir de nouveaux vêtements, etc. ainsi que la prescription de stupéfiants, mesures controversées en Amérique du Nord (Office Fédéral de la Santé Publique, 1998).

L'accès à du matériel d'injection stérile caractérise les programmes de prévention du VIH auprès des UDI au Québec (Noël et al., 1999). Les PES à Montréal assurent la distribution de seringues, de condoms, de tampons d'alcool et de bouteilles d'eau à partir de sites fixes où il existe une forte concentration de UDI. Les intervenants offrent également des services tels que la référence, le dépistage, l'information et l'écoute. En plus de la présence de travailleurs de rue et de milieu, certains PES bénéficient du travail de pairs aidants. Le projet STOP SIDA UDI-pharmacie encourage aussi la vente de seringues stériles par les pharmacies. Le développement d'un réseau parallèle d'échange de seringues a permis également la collaboration d'organismes tels que les CLSC, Stella, Séro-zéro et de lieux fréquentés par les consommateurs tels que les hôtels, les salons de tatouage, les *peep show*, les piqueries. Les PES rejoignent les toxicomanes les plus désaffiliés et représentent ainsi des lieux privilégiés où peuvent se greffer d'autres mesures préventives.

Le suivi intensif dans le milieu (*outreach*) est aussi une étape critique pour entrer en relation ou refaire le lien avec un individu désaffilié et éventuellement créer un lien de confiance porteur de changements. Par exemple, l'équipe « Itinérance » du CLSC des Faubourgs a adapté le PACT⁵, programme efficace d'intervention *outreach* par une équipe multidisciplinaire, à la réalité montréalaise pour rejoindre les itinérants ayant des troubles de santé mentale. Elle a créé des liens avec les partenaires de la communauté tels que les ressources communautaires, les policiers, les familles, les propriétaires de logements, etc. Plus les liens sont nombreux entre les différents éléments du réseau, plus les services sont efficaces. Ces services intégrés permettent un travail d'équipe centré sur l'individu plutôt que sur les services (Mercier et Beaucage, 1997; Jobidon et al., 1995). Lorsque l'on travaille à la prévention du VIH/sida, on ne peut négliger les troubles de santé mentale. L'équipe mobile de l'UHRESS offre aussi un suivi de type *outreach* aux UDI atteints du VIH, la majorité étant des cocaïnomanes (Lahaie, C., 2002).

La combinaison de travailleur *outreach* et d'anciens consommateurs ou de consommateurs actifs (*peer-outreach workers*) serait la plus efficace dans le domaine du sida (Swan, 1995). Fidèles à la philosophie de la réduction des méfaits, ils offrent une série d'alternatives hiérarchisées face aux risques : arrêter la consommation de drogues, arrêter l'injection ou utiliser son propre équipement d'injection ou ne pas échanger. Les intervenants *outreach*

fournissent également du matériel d'injection sécuritaire et des condoms, des informations sur les comportements sécuritaires à adopter. Ils offrent aussi des références pour des tests de dépistage, pour des thérapies et des services sociaux et médicaux.

Interventions préventives sur les croyances et valeurs des toxicomanes

D'autres modèles de prévention mettent l'accent sur les connaissances, les croyances et les valeurs afin de diminuer les comportements à risque. Par exemple, les publicités de sensibilisation telles que la campagne *STOP SIDA*⁶ en Europe (Office fédéral de la santé publique, 1998), visent la promotion du préservatif et encouragent la solidarité contre le sida. Cette campagne, comme bien d'autres, utilise les affiches, les annonces à la télévision, dans les journaux, à la radio, etc. Par ailleurs, la pratique de jeux de rôle dans des conditions sécuritaires est souvent nécessaire afin que les personnes reproduisent les comportements sécuritaires appris lorsqu'elles se trouvent dans les situations risquées (Levine et al., 1993).

Tortu et al. (2000) encouragent également un travail de sensibilisation et d'éducation plus global. Il est clair pour ces auteurs que la promotion du condom chez les femmes prostituées est largement insuffisante. Les intervenants doivent s'engager à répondre aux besoins économiques, sociaux, médicaux et psychiatriques de ces femmes. L'intervention plus globale implique également la prévention de la grossesse, de la violence conjugale ou

sexuelle, etc. Ainsi, les groupes d'entraide pour femmes visant à réduire les risques d'infections par l'apprentissage d'habiletés de négociation et d'une meilleure communication sur la sexualité seraient plus efficaces que la simple promotion du condom (Downing et al., 1999).

Les interventions propres au *Health Belief Model* de Rosenstock et al. (1994) insistent, pour leur part, sur les croyances. Dans ce modèle, il est admis qu'une personne adoptera des comportements sécuritaires si elle croit que le sida ou les autres MTS représentent une menace importante pour sa santé. Ces interventions démystifient alors la croyance que les dangers sont dans la cour du voisin et sont d'autant plus importantes depuis l'arrivée de médicaments plus efficaces ayant créé une certaine banalisation des risques. La personne doit croire également que les comportements sécuritaires proposés sont efficaces. Si la menace est perçue comme insurmontable, la personne abandonnera la bataille. La peur paralysante et sans solution est inefficace comme stratégie préventive. Finalement, la personne doit se sentir compétente dans l'adoption de comportements sécuritaires face aux dangers. Ainsi, ces sentiments de compétence et d'efficacité personnelles peuvent être développés par des jeux de rôle.

Bandura (1994) ajoute l'influence de l'environnement sur l'adoption de comportements sécuritaires. Cet auteur met l'accent sur l'importance de l'influence des pairs dans l'adoption de valeurs et de normes encourageant la

protection contre les infections virales et les MTS (*Social Cognitive Theory*).

Les pairs, par opposition aux intervenants extérieurs au réseau, ont une influence beaucoup plus importante et crédible. Le modèle de protection proposé par un pair est aussi plus convaincant et plus accessible. Selon Bandura, le changement de comportement chez un individu apparaît grâce à l'influence de son réseau social.

Interventions motivationnelles dans le domaine du sida

D'autres théories cognitives comportementales^{7 8 9} visent à modifier les comportements à risque d'infections virales en intervenant sur les cognitions, les valeurs, les croyances, les habiletés et les normes sociales (Peterson & DiClemente, 2000). Elles ne sont efficaces que si la personne est motivée à changer et sont souvent peu accessibles aux personnes les plus désaffiliées, à moins d'un travail sur la motivation. Ainsi, cette approche peut être utile afin d'adapter les interventions à l'état motivationnel d'une personne plutôt que de confronter constamment la personne non motivée à changer et à augmenter ainsi ses résistances aux changements (Carey & al., 2000; Miller & Rollnick, 1991). Le modèle *Information-Motivation-Behavioral skills* (IMB) combine les informations, les stratégies motivationnelles et cognitives comportementales (Peterson & DiClemente, 2000).

Le groupe comme unité de changement : *empowerment* dans le domaine du sida

Les approches favorisant le changement par le biais d'un travail sur les forces et compétences des réseaux de consommateurs de drogues et des communautés sont fort intéressantes. D'une part, elles impliquent un plus grand nombre d'individus et ont un effet boule de neige et elles favorisent la prise en charge des consommateurs par eux-mêmes face aux risques. Ces approches, visant le groupe comme unité de changement, pourraient permettre aux consommateurs de se réapproprier un pouvoir valorisant dans la lutte contre le sida (Goeppinger et Baglioni, 1985). Les mouvements de mobilisation de consommateurs de drogues vers une cause commune, la collaboration de pairs aidants ainsi que le travail de réseau sont des stratégies à considérer afin de rejoindre les cocaïnomanes les plus désaffiliés de Montréal et leur redonner un rôle social actif et valorisant.

L'expérience *Junkiebond*, mouvement de mobilisation des UDI aux Pays-Bas au début des années 1980, a inspiré certains chercheurs (Sufian et al., 1991; Cohen et Tsemberis, 1991) à favoriser l'émergence d'un lien d'appartenance et d'une mobilisation des consommateurs dans la lutte contre le sida, comme l'ont fait les personnes homosexuelles dans les années 1980-90 (McKusick et al., 1990; Stall et Paul, 1989 *In*. Bandura, 1994). L'organisation des UDI autour des préoccupations liées au VIH, est déterminante dans l'efficacité des mesures préventives. Ces regroupements permettent de convaincre leurs membres d'une réduction des risques en faisant la promotion de nouvelles normes et valeurs et

ils favorisent le support que les membres peuvent se donner entre eux. Ce type d'approche facilite également la possibilité d'une voix politique chez les UDI. À Vancouver, le réseau VANDU ¹⁰ est un exemple de mobilisation des consommateurs.

Les *Social Gatherings* de la Californie, autre exemple de regroupement des consommateurs contre le sida, a permis une cohésion porteuse de changements. Les rencontres mensuelles, présentées comme des pique-niques, visent la participation des UDI, des consommateurs de cocaïne fumée et de leur réseau, et permettent la discussion sur les diverses facettes de la prévention du sida et des autres infections dans un contexte informel non menaçant (Wood & Rhodes, 1998). En plus de permettre une réflexion sur les comportements à risque, un support entre pairs et l'identification à des modèles, ces rencontres permettent d'instaurer une certaine solidarité nécessaire à la responsabilisation des consommateurs à l'égard de leurs comportements à risque. À Montréal, le Regroupement UDI, encore à un état embryonnaire, se situe dans le même cadre philosophique d'*empowerment* (pouvoir d'agir) (Gibbs et al., 1994). L'Itinéraire, pour sa part, est bien installé et vise également la mobilisation des ressources et forces des personnes désaffiliées dans l'exercice de la citoyenneté et d'un rôle social valorisant.

La contribution des pairs aidants est une autre stratégie visant l'utilisation des ressources. Issues du même milieu et ayant connu ou connaissant encore les

mêmes difficultés, ces personnes représentent des modèles accessibles pour les toxicomanes désaffiliés. Non seulement la coopération de pairs aidants permet de rejoindre et d'influencer plus de personnes autrement difficiles à rejoindre par les intervenants étrangers au mode de vie des consommateurs (Broadhead et al., 1998), mais elle a un impact positif sur l'aidant. En effet, la thérapie de l'aidant de Reissman (1965) propose qu'une personne du réseau donnant de l'aide à ses pairs a une meilleure image d'elle-même à travers ce rôle et se convainc en sensibilisant l'autre à l'adoption de comportements sécuritaires. Elle sent aussi la pression d'être un bon exemple et a donc le désir de développer de nouvelles habiletés et de s'améliorer afin d'être en mesure d'aider. Ce rôle peut ainsi distraire la personne de ses propres préoccupations tout en permettant le développement de ses compétences.

Par exemple, les *Peer-Drieven Intervention* de Broadhead et al. (1998) consistent à diriger, former et payer des pairs aidants dans le but d'intervenir comme les professionnels ou les travailleurs de rue. Ces personnes deviennent des modèles d'implication sociale active, en plus de permettre une sensibilisation sur les comportements à risque. Ce type de stratégie augmente la prise de responsabilité et redonne du pouvoir aux personnes. Les personnes recrutées par les pairs aidants sont elles-mêmes sensibilisées à imiter leur recruteur. Ce type de modèle comprend une augmentation des connaissances, le développement d'habiletés, des éléments de motivation et de renforcement, la pression des pairs à changer et la répétition qui permet d'ancrer les notions.

Les critères de recrutement par rapport aux compétences des pairs demeurent malheureusement flous dans la littérature. Comment recruter des pairs aidants qui auront une influence positive sur leurs congénères ? Cette question est d'autant plus importante que les résultats démontrent que ces interventions sont plus efficaces que l'utilisation seule des travailleurs *outreach* professionnels. Les pairs aidants *outreach* jouent un rôle plus actif, rejoignent plus de UDI, plus de groupes ethniques différents et plus de personnes de différents emplacements géographiques et exercent une pression que les professionnels ne peuvent exercer (Broadhead et al., 1998).

La contribution des *Satellite Exchangers* (SE), consommateurs actifs collaborant avec les PES, représente une autre façon de mobiliser les ressources du milieu. Ces derniers ramassent les seringues des usagers dans la communauté, en distribuent de nouvelles, et véhiculent des messages crédibles auprès de leurs pairs par rapport à la prévention du VIH (Valente et al., 1998). À Baltimore, 10% des SE contribuent à plus de 64 % de toutes les seringues distribuées. Ces personnes ont accès à des UDI qui ne consultent pas les PES. De plus, parce qu'ils sont consommateurs eux-mêmes, les SE sont accessibles en tout temps et à des moments critiques de la consommation.

Le *Network Approach* de Neaigus (1998) encourage, pour sa part, l'intervention auprès des réseaux de consommateurs afin de modifier les valeurs et les

attitudes d'un groupe et de réduire les risques encourus par les personnes. Par une ouverture, une meilleure communication sur le sida et les autres MTS et les comportements sécuritaires, cette approche vise à intensifier l'influence entre les membres du réseau pour diminuer les risques. Ces interventions sont plus efficaces et ont aussi l'avantage évident de rejoindre plus d'individus. Les interventions de réseaux peuvent s'adresser soit à la dyade, à des groupes d'appartenance ou à des réseaux sociaux.

Les interventions portant sur les dyades visent les couples pour réduire les comportements sexuels et d'injection à risque entre partenaires sexuels. Ces interventions visent la dynamique et particulièrement la communication dans le couple face aux risques (Broadhead et al., 1998). Les rencontres auprès de groupes d'appartenance permettent également de discuter des normes et des valeurs qui favorisent le risque et tentent d'instaurer, en groupe, des stratégies de prévention des risques. Ces groupes peuvent permettre également d'identifier un leader capable d'avoir une influence positive sur son réseau. Souvent ces leaders, ayant à cœur leur rôle de modèle, adoptent des comportements sécuritaires (Broadhead et al., 1998). Selon Latkin (1998), cette façon d'intervenir permet une réduction efficace des comportements à risque chez les leaders et chez les autres consommateurs de leur réseau. Le travail sur les réseaux sociaux, pour sa part, rejoint les partenaires de la communauté. Ainsi, les barmans, les opérateurs de piqueries et de dépanneurs, les *dealers*,

etc. se font attribuer un rôle actif dans la prévention des infections virales (Broadhead et al., 1998).

Contrairement à la tendance actuelle de prise en charge des consommateurs par la société, les stratégies favorisant la mobilisation des consommateurs, des pairs aidants et le travail de prévention auprès des réseaux, redonnent du pouvoir et de l'estime aux consommateurs à travers un rôle social actif dans la lutte contre le sida et les autres MTS. Ces stratégies permettent également de rejoindre efficacement les personnes les plus désaffiliées socialement.

Promotion de la santé dans la prévention du sida

Les programmes préventifs favorisant la promotion de la santé renforcent également les ressources et compétences individuelles et collectives dans le but de permettre un plus grand contrôle des personnes sur leur propre santé. Les programmes de promotion de la santé visent plusieurs domaines de la vie (ex. famille, travail, loisirs, etc.) qui favorisent le renforcement de facteurs de protection face à des situations indésirables. Par exemple, parmi les programmes proposés par l'Office fédéral de la santé publique (1998), les programmes « Drogues et Sports » visent à promouvoir le mouvement, le jeu et le sport dans le but de favoriser une expérience plaisante autre que la consommation en plus d'être en contradiction avec des gestes autodestructeurs comme la prise de drogues et de risques.

Toute activité (ex. écriture, arts, sports, etc.) favorisant une meilleure estime et confiance en soi, une expérience plaisante et permettant le développement des compétences peut mobiliser une personne vers le changement et redonner du pouvoir dans la lutte contre le sida et les autres MTS. Ces activités devraient être privilégiées pour rejoindre les cocaïnomanes les plus désaffiliés puisqu'elles ne représentent pas une menace à leur mode de vie et à leur choix de consommation. Le projet Spectrozoïde, atelier de création artistique à Spectre de rue, programmes d'échange de seringues, en est un exemple.

Le développement de la sphère du travail chez les consommateurs permet également de vivre une expérience de réussite et de motiver ces personnes à se questionner sur leurs objectifs de vie. Le projet T.A.P.A.J.¹¹ à Spectre de Rue offre des contrats ponctuels aux jeunes consommateurs désaffiliés (nettoyage de vitrines et de terrains vagues, arrachage d'herbe à poux, réalisation murale, etc.). Ce projet vise à ouvrir la porte à des alternatives de travail autres que le travail de rue (prostitution, vente de drogues, quête, « *squeegee* ») et de développer un sentiment d'estime et de conscientisation sociale.

La promotion d'activités, particulièrement les activités « intenses » ou « extrêmes », et du travail valorisant socialement serait à développer auprès des cocaïnomanes puisque leurs tendances hypomaniaques pourraient être compensées par des excès moins dommageables (Woodham (1987).

Conclusion

Les cocaïnomanes montréalais, particulièrement les plus désaffiliés, représentent une population très à risque par rapport aux infections virales et posent un défi à la planification des mesures préventives d'autant plus qu'ils sont beaucoup plus nombreux que les héroïnomanes. De plus, les traitements pharmacologiques tels que la méthadone, qui permet d'accéder aux héroïnomanes difficiles à rejoindre, n'a pas son équivalent chez les cocaïnomanes.

Non seulement, ces cocaïnomanes sont difficiles à rejoindre mais les interventions préventives les plus utilisées au Québec contribuent peu au développement d'un rôle social actif, valorisant et mobilisateur de changements. Bien des cocaïnomanes, dont l'estime a été écorchée, deviennent exclus socialement et n'ont pas la possibilité d'exercer un rôle actif dans la prévention du VIH et des autres MTS. Ils n'éprouvent plus ce sentiment d'utilité sociale nécessaire à une estime porteuse de changements.

Bien que les programmes à bas seuil d'exigence, inspirés de la philosophie de la réduction des méfaits, aient des avantages incontestables dans la réduction des risques concernant la consommation de drogues, ils contribuent parfois à placer les consommateurs dans une position de dépendance passive et dévalorisante. En effet, la prise en charge par la société dépouille ces individus

du sentiment de compétence et de pouvoir personnel qui pourraient leur permettre de définir entre eux des solutions face aux risques d'infections virales. Ainsi, la distribution de seringues, de condoms, les interventions de type *outreach*, etc. représenteraient une première étape essentielle mais non suffisante dans la lutte contre les infections virales.

À partir du lieu privilégié de contact avec les personnes les plus désaffiliées que représentent les programmes d'échange de seringues, il serait possible de développer une mobilisation de leurs forces et de leurs compétences (*empowerment*). Certaines initiatives existent déjà et mériteraient un appui. Cette mobilisation dans la lutte commune des toxicomanes contre le sida telle que les regroupements comme *Junkiebond* et VANDU, ainsi que la promotion de la santé permettent un sentiment d'estime et de confiance chez ces toxicomanes souvent désabusés. En exerçant un rôle social actif, ils se sentiraient partie prenante de la lutte sociétale contre le sida et les autres MTS plutôt que de se sentir incompetents ou passifs dans leurs rapports aux services. Le défi est de taille et viserait à atténuer le lien de dépendance des toxicomanes afin de leur permettre de se réapproprier un pouvoir dans la lutte contre le sida et dans l'amélioration de leur qualité de vie.

Bien sûr, le développement de sentiments d'estime et de compétence personnelle nécessaires à la mobilisation vers des changements concernant les risques d'infections virales est loin d'être évident chez des personnes qui ont

souvent été échaudées par leurs expériences passées. Il ne sera possible que dans le développement d'un lien de confiance durable. Malheureusement, l'organisation actuelle des soins ne favorise pas une cohérence des services à long terme. Les services sont souvent fragmentés, sans coordination et en compétition. En tant qu'intervenants, nous devons nous mobiliser vers une meilleure cohérence des services afin d'améliorer l'efficacité des mesures préventives.

Références

- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Gendron, S., Claessens, C., Guimont, C. et al. (1998). Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Québec, Centre de santé publique de Québec, rapport de recherche.
- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L. et the SurvUDI Working Group. (2001). Faint light on the horizon? Trends in HIV prevalence, incidence and needle borrowing among injection drug users participating in the survUDI study. Canadian Journal of Infectious Diseases, 12, (Suppl.B): May/June 2001, p. 55B.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control of HIV infection. In R.J. DiClemente, J.L. Peterson (Éds). Preventing AIDS : Theories and methods of behavioral interventions. New York: Plenum Press: 25-59.
- Beauchemin, S. (1996). Nommer et comprendre l'itinérance des jeunes : une recension des écrits. Cahier de recherche sociologique, 27, 99-126.
- Bouchard, C. (1996). Permettre la citoyenneté pour prévenir l'exclusion. Cahier de recherche sociologique, 27, 9-16.

- Broadhead, R.S., Hechathorn, D.D., Weakliem, D.L., Anthony, D.L., Madray, H., Mills, R.J., Hyghes, J. (1998). Harnessing Peer Networks as an Instrument for AIDS Prevention : Results from a Peer-Driven Intervention. Public Health Reports, 113, (Suppl.1), 42-57.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Dey, M., Soto, J., Vincelette, J. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal : results of a cohort study. American Journal of Epidemiology, 146, 12, 994-1002.
- Carey, M.P., Braaten, L.S., Maisto, S.A., Gleason, J.R., Forsyth, A.D., Durant, L.E., Jaworski, B.C. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women : A second randomized clinical trial. Health Psychologie, 19, 1, 3-11.
- Chaisson, R.E., Bachetti, P., Osmond, D., Brodie, B., Sande, M.A., Moss, A.R. (1989). Cocaine use and HIV Infection in intravenous drug users in San Francisco, Journal of the American Medical Association. 261.4, (January 27), 561-565.
- Chevalier, S., Laurin, I. (1999). La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits 1999. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux. Direction de la Santé publique et Direction de la programmation et coordination.
- Cohen, N., Tsemberis, S. (1991). Emergency Psychiatric Intervention on the street. New Directions for Mental Health Services, 52, 3-15.

- Cottler, L.B., Compton, W.M., Abdallah, A.B., Cunningham-Williams, R., Abram, F., Fichtenbaum, C. Dotson, W. (1998). Peer-Delivered Interventions Reduce HIV Risk Behaviors among Out-of-Treatment Drug Abusers. Public Health Reports, 113 (Suppl.1), 31-41.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Wallach, M.A. (1991). Homelessness and Dual Diagnosis. American Psychologist, 46, 11, 1149-1158.
- Desjarlais, D.C., Friedman, S.R., Hagan, H., Paone, D., Vlahov, D. (1997). Drug use. Aids Care, 9, 1, 53-57.
- Desjarlais, D.C., Friedman, S.R. (1988). The psychology of preventing aids among intravenous drug users, A social learning conceptualization. American psychologist, 43, 11, 865-870.
- Downing, M., Knight, K.R., Vernon, K.A., Seigel, S., Ajaniku, I., Acosta, P.S., Thomas, L., Porter, S. (1999). This is my story: a descriptive analysis of a peer education HIV/SDT risk reduction program for women living in housing developments. AIDS Education and Prevention, 11, 3, 243-261.
- Fortier, J., Roy, S. (1996). Les jeunes de la rue et l'intervention : quelques repères théoriques. Cahier de recherche sociologique, 2, 127-152.
- Friedman, S.R., Lipton, D.S. (1991). Cocaine, Aids and Intravenous Drug Use : Editorial in Friedman, S.R., Lipton, D.S., Stimmel, B., ed. Cocaine, Aids and Intravenous Drug Use. Harworth Press, New York.
- Gibbs, J.T., Fuery, D. (1994). Mental health and well-being of Black women : Toward strategies of empowerment. American Journal of Community Psychology, 22, 4, 559-582.

- Goeppinger, J., Baglioni, A.J. (1985). Community Competence : A Positive Approach to Needs Assessment. American Journal of Community Psychology, 13, 5, 507-523.
- Jobidon, V.W., Paquette, D., Plante, M.-C. (1985). Le suivi intensif dans le milieu des personnes itinérantes et atteintes de troubles mentaux sévères et persistants: Un guide pour intervenants. Traduction et adaptation du manuel pour intervenants du programme THE BRIDGE . Engstrom, K., Brooks, E.B., Jonikas, J., Cook, J.A. & Witheridge, T.F. (1990). Creating Community Linkages : A Guide to Assertive Outreach for Homeless Persons with severe mental illness. Thresholds Inc., Chicago.
- L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec.
- Kumar, M.S., Mudaliar, S., Daniels, D. (1998). Community-based outreach HIV intervention for street-recruited drug users in Madras, India. Public Health Reports, 113, (Supp.1), 58-66.
- Lahaie, C. (2002). Vers un réseau de soins intégrés pour la clientèle toxicomane atteinte du VIH/sida. L'Infirmière du Québec, 9, 6, 27-38. Juillet/août 2002.
- Lamothe, F., Vincelette, J., Bruneau, J., Tepper, M., Gully, P.R., Lachance, N., Franco, E. (1997). Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc Cohort. Canadian Journal of Infectious Diseases, 8, (Supp. A), p. 28A.

Latkin, C.A. (1998). Outreach in Natural Settings : The Use of Peer Leaders for HIV Prevention among Injecting Drug Users' Networks. Public Health Reports, 113, (Suppl.1), 151-159.

Levine, M., Toro, P.A., Perkins, D.V. (1993). Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 44, 525-558.

Mercier, C., Beaucage, B. (1997). Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Centre Dollard-Cormier, Montréal.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behaviour. New York : Guilford Press.

Millson, P., Myers, T., Rankin, J., McLaughlin, B., Major, C., Mindell, W., Coates, R., Rigby, J. Strathdee, S. (1995). Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Associated Risk Behaviour in Injection Drug Users in Toronto. Canadian Journal of Public Health, 86, 3, 176-180.

Neaigus, A. (1998). The Network Approach and Interventions To Prevent HIV among Injection Drug Users. Public Health Reports, 113, (suppl.1), 140-150.

Noël, L., Cloutier, R., Tremblay, J., Parent, R. (1999). Monitorage des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec. Avril 1997 à mars 1998. Centre de santé publique de Québec

- Office fédéral de la santé publique. (1998). Programmes de prévention de l'OFSP pour les jeunes. OFSP : Division Dépendances et Sida. Section Interventions Drogue. Berne, 1997.
- Parazelli, M. (1996). Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais. Cahier de recherche sociologique, 27, 48-62.
- Paone, D., Desjarlais, D.C., Caloir, S., Jose, B., Shi, Q., Friedman, S.R. (1997). Continued risky injection subsequent to syringe exchange use among injection drug users in New York city. Aids Education and Prevention, 9, 6, 505-510.
- Parent, R., Alary, M., Hankins, C., Noël, L., Claessens, C., Guimont, C., Tran, T. et al. (1997). HIV among UDI : second surveillance year of the SURVIDU network. Canadian Journal of infectious Diseases, 8, (supl. A) Abstract 220.
- Peterson, J.L., Diclemente, R.J. (2000). Handbook of HIV prevention. Kluwer Academic/Penum Publishers, New York, 337 p.
- Poirier, M. (1996). La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants. Cahier recherche sociologique, 27, 87-97.
- Reissman, R. (1965). The « helper-therapy » principle. Social Work, 10, 2, 27-32.

Réseau juridique canadien VIH/sida (2002/2003). L'injection de drogue et le

VIH/sida : feuillet d'information 1 : L'injection de drogue et le

VIH/sida : les faits. Montréal. Réseau juridique canadien VIH/sida,

2002/2003. www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogue.htm

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H. (1994). The health belief model

and HIV risk behavior change. In R.J. DiClemente, J.L. Peterson, J.L.

(Éds), Preventing AIDS : Theories and Methods of Behavioral

Interventions. (pp. 5-25). New York: Plenum.

Rouleau, D., UHRESS-CHUM NURSES TEAM et Therrien, R. (2000).

HIV/AIDS Hospitalizations Profile in Downtown Montreal in 1998-99:

Are IDUs Associated Conditions Taking Over. Journal of Infectious

Disease, 11, (Suppl.B): mars /avril 2000, p.33B.

Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Lemire, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y.,

Claessens, C. (2000). International Journal of STD and AIDS, 11, 241-

247.

Schmidt, J., Williams, E (1999). When all else fails, try harm reduction.

American Journal of Nursing, 99, 10, 67-71.

Schneeberger, P. (2000). Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains

au Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie

- Song, J. (1999). HIV/AIDS & Homelessness : Recommendations for Clinical Practice and Public Policy. Developed for The Bureau of Primary Health Care and The HIV/AIDS Bureau Health Resources and Services Administration,. National Health Care for the Homeless Council. Health Care for the Homeless Clinicians' Network, Nashville, USA, 75 p.
<http://www.nhchc.org>
- Strathdee, S.A., Patrick, D.M., Currie, S.L., Cornelisse, P.G.A., Rekart, M.L., Montaner, J.S.G., Schechter, M.T., O'Shaughnessy, M.V. (1997). Needle exchange is not enough : lessons from the Vancouver injecting drug use study. Aids, 11, F59-F65.
- Sufian, M., Friedman, S.R., Curtis, R., Neaigus, A., Stepherson, B. (1991). Organizing as a New Approach to AIDS risk reduction for intravenous drug users. Journal of addictive Diseases, 10, 4, 89-97.
- Swan, N. (1995). Treatment and Outreach Research on AIDS : Identifying and Treating those at risk. National Institut on drug abuse (NIDA).
http://165.112.78.61/NIDA_Notes/Nnvol10N3/AIDSO outreach.html
- Tortu, S., Beardsley, M., Deren, S., Williams, M., McCoy, H.V., Stark, M., Estrada, A., Goldstein, M. (2000). HIV infection and patterns of risk among women drug injectors and crack users in low and high sero-prevalence sites. Aids Care, 12, 1, 65-76.

- Turmel, B., Allard, R., Meunier, L., Desrochers, D., Fleurent, C. (1998). Centre de coordination sur le sida. Surveillance des cas de sida, Québec-Cas cumulatifs 1979-1998. Mise à jour. Montréal. Centre québécois de coordination sur le sida. 30 juin 1998, 23 p.
- Valente, T.W., Foreman, R.K., Junge, B., Vlahov, D. (1998). Satellite Exchange in the Baltimore Needle Exchange Program. Public Health Reports, 113, (Suppl.1), 90-96.
- Wolitsky, R.J., Fishbein, M., Johnson, W.D., Schnell, D.J., Esavcove, A., & The AIDS Community Demonstration Projects. (1996). Sources of HIV information among injecting drug users : association with gender, ethnicity and risk behaviour. Aids Care, 8, 5, 541-555.
- Wood, M., Rhodes, R. (1996). Using Social Gatherings to Encourage HIV Risk Reduction among Drug Users. American Journal of Public Health, 86, 12, 1815-1816.
- Woodham, R.L. (1987). A self-psychological consideration in cocaine addiction. Alcoholism Treatment Quarterly, 4, 3, 41-46.

Notes de l'article 1

1. R. Castel (1991) utilise le terme de désaffiliation sociale afin de désigner les personnes qui vivent dans une forme de dissociation des liens sociaux qui correspondent à une absence du monde du travail et du tissu social. Il désigne les gens qui vivent un état de vide social. À noter que ce terme a été défini plus en détails dans l'article 2 de cette thèse.
Voir : Castel, R. (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. In. J. Donzelot (sous la dir. de), Face à l'exclusion. Le modèle français sous la direction de Jacques Donzelot. (pp. 137-168). Paris : Éditions Esprit.
2. <http://itineraire.educ.infinet.net/francais/accueil/presfr.html>
3. <http://www.auf.org/revues/sante/2.96/dos11.html>
4. Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
5. *Programme for Assertive Community Treatment*
6. www.stopsida.ch
7. *Theory of reasoned action* (Peterson et DiClemente, 2000)
8. *Theory of planned behavior* (Peterson et DiClemente, 2000)
9. *Aids risk reduction model* (Peterson et DiClemente, 2000)
10. *Vancouver Area Network of Drug Users*
11. Travail Alternatif Payé À la Journée

Remerciements

Remerciements aux membres du comité sur le traitements des cocaïnomanes :

Dr Jocelyn Aubut, Dre Suzanne Brissette, Dre Julie Bruneau, M. André

Chauvette, Dr Pierre Lauzon, Mme Marianne Tonnelier et Mme Madeleine Roy

ainsi qu'à l'équipe de Spectre de rue, programme d'échange de seringues.

Remerciements chaleureux à Mme Sylvie J. Gosselin, D.V.M., Ph.D.,

I.P.S.A.V., Vice President Research, Huntingdon Life Sciences, USA, pour sa

contribution financière ainsi qu'au Dr Pierre Lauzon pour sa disponibilité.

ARTICLE 2

**Enquête sur les avis des cocaïnomanes montréalais et des
intervenants de milieux communautaires et institutionnels sur
leurs besoins et les stratégies d'intervention**

**Enquête sur les avis des cocaïnomanes montréalais et des
intervenants de milieux communautaires et institutionnels sur
leurs besoins et les stratégies d'intervention**

Martine Vincent, M.Ps.

Dre Hélène David, Ph.D.

Dr Paul C. Veilleux, Ph.D.

Dr Pierre Lauzon, md ¹

Article soumis et accepté sous condition de modifications à la revue

Drogues, santé et société

Résumé

Les cocaïnomanes désaffiliés de Montréal vivent des conditions de vie précaires et ardues en raison, entre autres, de leur isolement social, de leur instabilité résidentielle, de troubles de santé, des dangers qui les guettent (ex. VIH/sida, violence) et de leurs problèmes avec la justice. Il est difficile de rejoindre ces consommateurs et d'intervenir étant donné la rupture des liens sociaux qui demeure présente malgré les diverses tentatives mises sur pied par le réseau d'aide. Cet article rapporte les résultats d'une enquête qui a sondé les opinions de 32 usagers de cocaïne et de 17 intervenants impliqués auprès d'eux. Ces personnes ont été invitées à formuler leurs opinions concernant leur perception des problèmes, des stratégies préventives actuelles et des interventions à mettre sur pied dans l'avenir. Les sujets cocaïnomanes ont été recrutés à deux programmes d'échanges de seringues et à la Cohorte Saint-Luc du CHUM et les intervenants proviennent de milieux autant institutionnels que communautaires (programmes d'échange de seringues, hôpitaux du CHUM, Centre Dollard-Cormier). Les personnes ont été interrogées par le biais d'entrevues individuelles et de groupe. L'ensemble des données d'entrevue a été soumis à des analyses thématiques et interprétatives.

Les résultats principaux indiquent que les cocaïnomanes désaffiliés ont un investissement paradoxal auprès des services offerts. Autant ils demandent avidement à être aidés, autant ils recherchent une indépendance. De plus, tantôt

ils veulent s'en sortir et voudraient assumer certaines responsabilités, à d'autres moments ils plongent dans la destruction de leur corps et des liens sociaux. Ces résultats indiquent la bataille qu'ils livrent entre la vie et la mort. Pour leur part, les intervenants soulignent les problèmes sérieux de coordination et de collaboration entre les ressources et leur sentiment d'impuissance fréquent dans l'aide qu'ils peuvent apporter à ces personnes toxicomanes.

Mots clés: toxicomanie, cocaïne, désaffiliation sociale, Montréal, VIH / sida, hépatites, prévention.

Abstract

Disaffiliated cocaine abusers in Montreal live arduous and precarious lives, on account, more specifically, of their social isolation, residential instability, health problems, looming dangers (ex. HIV/AIDS, violence) and problems with the law. It is difficult to reach these consumers and to intervene, given the rupture of the social links which remain present in spite of the multiple endeavours put forth by aid groups. This article reports the results of an inquiry which surveys the opinions of 32 cocaine users and 17 of their counsellors. These participants were asked to give their opinions on the perception of problems, on present preventive strategies, and possible interventions to set forth in the future.

Cocaine abusers were recruited both from two needle exchange programs and from the St-Luc Hospital Cohort. The counsellors came from an institutional environment as well as within the community (needle exchange programs, CHUM, Centre Dollard-Cormier). Group and individual interviews were used for the questioning of the participants. The data gathered from these interviews was examined through thematic and interpretative analyses.

The main results indicate that disaffiliated cocaine abusers show a paradoxical investment to services offered. On the one hand they avidly ask for help, on the other they seek independence. As such, they sometimes want to progress and assume certain responsibilities, while at other times, they destroy their body and their social links. These results indicate the struggle they face between life and

death. As for the counsellors, they underline serious problems with coordination and collaboration between resources as well as frequent feelings of powerlessness they experience in helping these abusers.

Keywords: drug abuse, cocaine, social disaffiliation, Montreal, HIV/AIDS, hepatitis, prevention.

Introduction

La cocaïnomanie, fort répandue au Québec, est un phénomène qui sollicite la réflexion des sociologues, des psychologues, des psychanalystes, des anthropologues, des spécialistes de la médecine. Souvent la toxicomanie, la cocaïnomanie ne faisant pas exception, s'associe à d'autres problèmes tout aussi complexes tels que la désaffiliation, la criminalité, la prostitution, les comportements à risque d'injections virales et de MTS et les troubles psychiatriques. À leur tour, ces problématiques combinées, en plus de la fragilité des structures sociales, mènent à une plus grande exclusion et posent un défi de taille dans l'organisation des services auprès de ces populations : comment rejoindre les cocaïnomanes désaffiliés ?

Cet article a pour but de relater les résultats d'une enquête d'opinion² auprès des cocaïnomanes désaffiliés de Montréal, c'est-à-dire ceux qui présentent une grande vulnérabilité dans l'établissement de liens sociaux, entre autres ceux avec le réseau d'aide. Les intervenants impliqués auprès d'eux ont également été consultés.

Problématique

Désaffiliation sociale et cocaïnomanie

Les cocaïnomanes représentent un groupe hétérogène, bien que les écrits dont nous disposons rendent peu compte de cette diversité. Entre autres, certains cocaïnomanes sont dissociés du lien social tandis que d'autres sont plus intégrés

et acceptés socialement (Schneeberger, 2002). Par contre, nombreux sont ceux qui vivent dans des conditions qui correspondent à ce que Castel (1991) nomme la désaffiliation, c'est-à-dire une forme de dissociation du lien social. Elle implique autant une absence d'intégration au monde du travail qu'une absence d'insertion dans un réseau social reconnu. Elle correspond à un état de vide social, un échec dans l'établissement de liens. Cette désocialisation a aussi de multiples visages chez les consommateurs de drogues (Bibeau & Perreault, 1995). Elle peut être plus ou moins intense selon les individus. Cet état implique de nombreux manques : manque à se soigner, manque de pouvoir ou de considération, manque à s'instruire, manque d'estime, manque à se loger, manque de sécurité, manque à s'inscrire dans l'ordre social (Castel, 1991).

Évidemment, plus la cocaïne envahira l'individu, plus elle le mènera à l'isolement social. Par contre, ces conditions sont reliées à bien d'autres facteurs autant socioculturels qu'individuels. D'une perspective sociologique, la quasi désintégration de la famille comme support affectif de socialisation, l'instabilité du monde du travail, la fragilité des inscriptions sociales actuelles effritent la solidité du tissu social et mènent ainsi les plus vulnérables à la désaffiliation (Castel, 1996). La société de consommation dans laquelle nous sommes, l'individualisme, le culte « narcissique » de la beauté et de la jeunesse et celui des plaisirs immédiats repoussent les limites imposées par le principe de réalité et favorisent les régressions vers des agirs destructeurs. Où sont les filets de sécurité que représentaient la religion, la famille, la communauté, les

rituels ? Les notions psychanalytiques de cadre et de contenant nous permettraient de réfléchir en rapport avec ces problématiques. En effet, quels sont les interdits et les repères symboliques qui limitent les comportements destructeurs dans nos sociétés ?

Quelles sont les instances qui limitent les dégâts et qui contiennent les comportements destructeurs ? Dans l'histoire, les régressions reliées à la consommation de drogues étaient limitées par les rituels. Qu'en est-t-il aujourd'hui de ces rituels protecteurs ? (Bibeau & Perreault, 1995; Castel, 1991; Cardinal, 1988; Valleur, 1981).

La société condamne aussi les individus désaffiliés, particulièrement ceux qu'elle croit responsables de leur condition en raison de leur « pathologie du plaisir ». De plus en plus exclus des lieux normatifs de socialisation, ces individus n'ont plus un sentiment d'utilité sociale (Noël et al., 1999; Beauchemin, 1996; Parazelli, 1996; Castel, 1996). Ces individus, souvent jugés « indésirables », sont renvoyés d'une ressource à l'autre, créant une circularité stérile des références. À l'autre extrême, la société les prend en charge comme des personnes inaptes (Poirier, 1996). Les toxicomanes se trouvent alors privés de toute possibilité de développer un sentiment d'efficacité personnelle nécessaire à la réinsertion sociale. Les réseaux d'aide contribuent aussi parfois à la dissociation des liens puisqu'ils sont souvent eux-mêmes déstructurés, fragmentés, sans coordination et en compétition (Fortier et Roy, 1996).

Du point de vue idiosyncratique, les consommateurs de drogues les plus désaffiliés ont aussi rompu leurs attaches familiales et sociales. Plusieurs ont vécu des abus physiques et sexuels, des abandons, des placements nombreux et instables (Poirier, 1996; Fortier et Roy, 1996; Bibeau et Perreault, 1995). En raison de ces antécédents et de la discrimination à laquelle ils font face, ils ont développé une méfiance qui les maintient loin des services. Ils répètent souvent le traumatisme du rejet et de l'abus dans leur relation avec les autres, y compris leur relation avec les intervenants. Ils ont rompu particulièrement avec les institutions représentant l'autorité (Woodham, 1987). Les personnes désaffiliées répètent constamment des situations qui les mènent au vide affectif qu'ils ont vécues dans leur histoire et ont de la difficulté à investir un lien véritable (Poirier, 1996).

D'autre part, ils dépendent des autres afin de compenser les difficultés importantes qu'ils ont à contenir les débordements émotionnels. Ils dépendent des autres tout en ayant d'énormes difficultés à tolérer les frustrations inhérentes à toute relation investie. Cette dépendance conflictuelle à l'autre se manifeste par des réactions contradictoires d'avidité orale extrême et de rejet de l'autre (Solal, 1990; Rinsley, 1988; Krystal, 1982).

Le toxicomane est en quête d'un contenant extérieur puisqu'il n'a pu édifier un protecteur interne. Parazelli (1996) émet l'hypothèse, par exemple, que les « jeunes de la rue » tentent de combler ce manque de repère et de contenant en

investissant la rue comme un « espace transitionnel » (Winnicott, 1975).

L'expérience de la rue favoriserait alors la construction d'une identité sociale, même si elle est marginale. Les attitudes antisociales seraient la manifestation du désir que le monde réédifie le cadre qui a été brisé (Winnicott, 1984). Elles représenteraient une demande de réparation.

Valleur (1981) émet également l'hypothèse que les conduites dangereuses des toxicomanes constitueraient un rituel visant la recherche d'une réponse sur la valeur de l'individu. Cependant, cette quête peut mener à la destruction. Le toxicomane défie les lois de la nature en donnant l'impression qu'il peut toujours se détruire et recommencer encore et encore (Olivenstein, 1973). Il a tendance à dénier les dangers et les souffrances du corps (Bibeau & Perreault, 1995).

Ainsi, les structures psychiques et sociales sont fracturées. L'individu toxicomane reproduit des manques dans sa relation avec les autres, et la société accentue ou ne peut offrir les structures qui colmateraient ces fractures chez l'individu. Ces doubles fractures individuelles et sociales conduisent plusieurs à la désaffiliation. Rien en eux et rien en dehors d'eux ne peut atténuer les pulsions destructrices et la destruction des liens sociaux.

Conséquences de la cassure des liens sociaux en rapport aux infections virales

Le VIH / sida est un des problèmes qui attire le regard social. Contrairement aux héroïnomanes qui s'injectent entre deux à quatre fois par jour (Hankins³), les cocaïnomanes peuvent s'injecter quotidiennement jusqu'à 30 fois, et ainsi, sont davantage exposés au partage du matériel d'injection contaminé (Schneeberger, 2000; Noël et al., 1999; Chevalier et Laurin, 1999). De plus, parmi les usagers de drogues injectables (UDI) au Québec, 65 à 90 % sont des cocaïnomanes (Schneeberger, 2000). Les UDI infectés sont aussi principalement des cocaïnomanes (Noël et al., 1999; Parent et al., 1997). Les études québécoises sur les UDI reflètent donc, en grande partie, la réalité des consommateurs de cocaïne.

Au Québec, le nombre de cas de sida associé à l'usage de drogues par voie intraveineuse est passé de 7,9 % en 93-94 à 21,9 % en 1997 (Turmel et al., 1998). L'injection de cocaïne est particulièrement prédominante à Vancouver, Toronto et Montréal (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002/2003). À Montréal, les données indiquaient une incidence du VIH de 8,3 par 100 personnes-années et une prévalence de 18 % chez les UDI (Alary et al., 1998). Tel que rapporté par le réseau SurvUDI en 2001, ces taux ont un peu diminué à 6,0 personnes-années et 16,7 % respectivement (Alary, 2001). La prévalence demeure plus élevée que 10 %, le seuil de séroprévalence critique (Hankins³). Aussi, selon l'étude de la Cohorte Saint-Luc de Montréal, 70 % des UDI recrutés sont atteints de l'hépatite C (Côté, 1999).

Les problèmes de santé mentale chez les toxicomanes montréalais sont également préoccupants. Par exemple, parmi les toxicomanes suivis par l'équipe mobile de l'UHRESS, dont la majorité sont des cocaïnomanes, 32 % avaient un diagnostic psychiatrique (Lahaie, C., 2002). Selon Drake et al. (1991), chercheurs américains, 10 à 20 % des itinérants souffrent de cette comorbidité. Ces personnes seraient encore plus résistantes à accepter de l'aide (Drake et al., 1991) et plus à risque d'infections virales que les itinérants n'ayant pas de problèmes de santé mentale (Song, 1999). Les cocaïnomanes désaffiliés représentent donc un défi dans l'élaboration de mesures préventives puisqu'ils sont extrêmement difficiles à rejoindre.

La prostitution, les comportements sexuels à risque, l'instabilité résidentielle (ex. squat, itinérance, errance, évincement), les risques de surdoses et de maladies physiques graves, la violence physique et sexuelle, les problèmes judiciaires s'ajoutent à la longue liste de problèmes chez les plus vulnérables. Compte tenu de cette réalité, les liens de causes à effet ne peuvent être saisis de façon linéaire. Ces diverses problématiques s'entrecroisent de façon complexe. Une chose est sûre, l'individu cocaïnomane désaffilié est aux prises avec un enchevêtrement de problèmes tous aussi importants les uns que les autres.

Mesures d'interventions chez les toxicomanes désaffiliés

Les programmes à bas seuil d'exigence, découlant de la philosophie de la réduction des méfaits, ont été conçus justement afin de rejoindre les

consommateurs les plus désocialisés. Ces programmes peu exigeants sont accessibles. Les programmes d'échange de seringues, certains programmes de méthadone, les centres de jour, de soir et certaines ressources d'hébergement en sont des exemples. L'accès à du matériel d'injection demeure caractéristique des programmes de prévention du VIH au Québec (Noël et al., 1999). Le suivi intensif dans le milieu (*outreach*) ainsi que le travail de rue sont aussi des interventions critiques afin d'entrer en relation avec un individu désaffilié. La combinaison de travailleurs *outreach* et de pairs aidant (*peer-outreach workers*), anciens toxicomanes ou toxicomanes actifs, serait la stratégie d'intervention la plus efficace (Broadhead et al., 1998; Swan, 1995).

Les ateliers d'arts, les projets de mobilisation des compétences des consommateurs et le travail adapté sont également à promouvoir afin d'attirer l'intérêt des toxicomanes sans menacer leur mode de vie. T.A.P.A.J.⁴ est un projet particulièrement innovateur de Spectre de rue (PES) afin de rejoindre des jeunes toxicomanes désaffiliés. Des contrats de travail ponctuels leur sont offerts, ce qui ouvre la porte à des alternatives autres que celles du « travail de rue » (prostitution, trafic, quête, « *squeegee* »). Ils permettent de développer un sentiment d'estime de soi et de conscientisation sociale. L'Itinéraire⁵, regroupement proactif pour les itinérants de Montréal, est un heureux exemple également de ce qui peut être fait pour mobiliser les compétences du milieu.

Malgré toutes ces mesures, les consommateurs désaffiliés ont un contact précaire avec le réseau d'aide et vivent des conditions de vie dangereuses et souffrantes.

Méthodologie

Compte tenu de ces problèmes, une enquête fut élaborée afin d'explorer les besoins et les perceptions des usagers de cocaïne désaffiliés sur leurs conditions de vie ainsi que sur les services du réseau d'aide. Les intervenants impliqués auprès d'eux ont également été consultés sur leurs opinions en regard des conditions de vie des cocaïnomanes désaffiliés et de l'organisation des services auprès d'eux. C'est donc la réalité subjective de ces deux groupes qui a été explorée.

Échantillons de l'enquête

1. Utilisateurs de cocaïne consultés

Les sujets cocaïnomanes consultés pour cette enquête furent recrutés dans deux programmes d'échange de seringues de Montréal, CACTUS⁶ Montréal au centre-ville et Spectre de rue au centre-sud. Ces ressources s'adressent majoritairement aux personnes UDI et non UDI les plus désaffiliées et les plus désorganisées par leurs difficultés. Les toxicomanes les visitent principalement afin de se procurer des seringues, des condoms et du soutien en rapport avec leurs difficultés. La Cohorte Saint-Luc du CHUM⁷ a également participé au recrutement. Cette cohorte comprend des sujets de recherche UDI de Montréal.

Pour les fins de cette enquête, les personnes consommant de la cocaïne injectée, fumée et prise furent rencontrées.

La majorité des consommateurs consultant ces ressources sont des cocaïnomanes qui vivent dans des conditions de vie précaires : instabilité résidentielle, problèmes judiciaires, problèmes de santé physique et de santé mentale, prostitution, problèmes socioéconomiques, grossesses à risque. La cocaïne est la drogue de choix bien qu'ils consomment souvent d'autres drogues, surtout de l'alcool et du cannabis. Ces conditions de vie sont semblables dans les autres grandes villes canadiennes telles que Toronto et Vancouver. La consommation prédominante de cocaïne est le propre de ces grandes villes canadiennes.

2. Intervenants et spécialistes en toxicomanie consultés

En juin 2002, neuf spécialistes⁸ se sont réunis régulièrement afin de discuter des problèmes de désaffiliation chez les cocaïnomanes de Montréal. En plus de ces spécialistes, huit autres intervenants ont été consultés sur le terrain en pleine action. Ces derniers sont des travailleurs de rue et de milieux, des intervenants communautaires de Cactus Montréal et de Spectre de rue, un jeune pair aidant du réseau du centre-ville et un psychiatre du CHUM impliqué auprès d'une équipe *outreach*.

La consultation de ces dix-sept personnes, issus autant des milieux institutionnels que communautaires, permet de rassembler les multiples facettes de l'intervention auprès des cocaïnomanes de Montréal. Elle permet aussi d'obtenir les avis des intervenants sur les diverses facettes du consommateur à différents moments et lieux de son parcours dans les rues de Montréal, dans les hôpitaux et dans les programmes d'échange de seringues.

Déroulement de la collecte des données

Martine Vincent fut désignée pour recueillir les données en raison de sa présence préalable sur le terrain. Elle était donc connue de certains usagers de drogue et des intervenants. Dans le cas contraire, elle fut introduite par des personnes crédibles du milieu. Nous souhaitons ainsi pallier aux difficultés de recrutement dues à la méfiance des usagers de drogue et au manque de connaissances des milieux concernés.

1. Collecte des données auprès des cocaïnomanes recrutés

Dans un premier temps, cette personne désignée a fait des rencontres « au hasard » qui ont eu lieu de jour, de soir et de nuit dans les programmes d'échange de seringues mentionnés antérieurement. Ces rencontres « au hasard » ont permis de discuter avec des personnes cocaïnomanes qui n'auraient pas participé à des rencontres plus structurées. Au cours de ces rencontres, des notes ont été prises.

Dans un deuxième temps, des rencontres individuelles et de groupe (*focus group*) ont été planifiées auprès des cocaïnomanes. Ils ont été recrutés par des intervenants des PES, par moi-même lors de ma présence dans les organismes et par un médecin chercheur de la Cohorte Saint-Luc. Ils étaient invités à se présenter sur rendez-vous à des organismes qu'ils connaissent bien. Ces entrevues planifiées, d'une durée de 60 minutes, ont été enregistrées sur cassettes audio. Elles ont été menées à l'aide d'une grille d'animation construite à partir de questions sur les besoins, les perceptions des consommateurs de cocaïne et sur les interventions susceptibles selon eux de les rejoindre (ex. Quels sont les obstacles et les irritants que vous rencontrez quand vous avez besoin d'aide ? En contact avec les intervenants, qu'est-ce qui vous accroche, qui vous rejoint ? Qu'est-ce qui vous fait « tripper » en dehors de la consommation ? Comment abordez-vous les problèmes du VIH entre vous ? Qu'est-ce qui vous permet de vous sentir fier de vous ?). Les cocaïnomanes recrutées étaient encouragées à exprimer spontanément leurs opinions à partir de ces questions. J'avais la responsabilité de m'assurer que les discussions se concentrent sur les questions et que chacun puisse s'exprimer.

À la fin des entrevues, des suggestions étaient émises afin de recueillir les commentaires des usagers sur, entre autres, des activités sportives, la possibilité de groupe de mobilisation des usagers, les sites d'injection sécuritaire, etc. Cette grille fut validée par le groupe de recherche et adaptée au langage des consommateurs. Elle fut préférée à un questionnaire en raison de l'ouverture

qu'elle permettait face aux commentaires spontanés et imprévus des cocaïnomanes consultés. Cette grille n'était qu'une référence de base afin de mener ces entrevues semi-directives.

Avant ces rencontres, les sujets étaient invités à remplir un court questionnaire sur leur âge, leur genre, leur mode d'utilisation de la cocaïne, la fréquence de leur consommation ainsi que le nombre d'années d'utilisation de cette drogue. Des questions sur les ressources qu'ils ont consultées et celles qu'ils identifient comme les plus aidantes ont été posées. Un montant de dix dollars a été remis à ces participants.

2. Collecte des données auprès des intervenants et des spécialistes

Durant les rencontres des neuf spécialistes, des notes ont été prises et redistribuées aux groupes sous forme de procès-verbaux. Ceux-ci ont été corrigés et validés par l'ensemble des spécialistes du groupe. Huit rencontres d'une durée de 90 minutes et des rencontres individuelles avec chacun des membres ont permis de recueillir les avis des spécialistes sur les orientations à privilégier afin de rejoindre les cocaïnomanes les plus désaffiliés et sur les difficultés inhérentes aux services.

Certains intervenants sur le terrain ont été rencontrés lors d'entrevues planifiées mais la majorité d'entre eux ont été rencontrés informellement sur le terrain lors des observations et du recrutement des cocaïnomanes. Des notes manuscrites

ont été prises sur les réponses concernant les avis des intervenants sur les besoins et la réalité des consommateurs de cocaïne désaffiliés de Montréal. Leurs opinions sur les obstacles et sur les mesures à mettre sur pied afin de rejoindre ces personnes désaffiliées ont également été retenues.

Considérations éthiques

Des formulaires d'information et de consentement ont été dûment signés par les cocaïnomanes consultés lors d'entrevues formelles et de groupe. Ces formulaires les informaient des objectifs de l'enquête, de la confidentialité et de ses limites (art. 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse et art. 2 de la Charte des droits et libertés), de leur participation volontaire ainsi que de leur droit de refuser de participer, de répondre à certaines questions et de quitter à tout moment sans que cette décision n'affecte les services auxquels ils ont droit. Les participants aux *focus groups* étaient tenus également de respecter la confidentialité à l'égard de tous les propos abordés par le groupe.

Les risques de détresse psychologique étaient réduits puisqu'il s'agissait d'une enquête d'opinion qui les exposaient peu à développer sur des problèmes personnels intenses. De plus, l'animatrice avait les compétences pour intervenir lorsque les sujets exprimaient une détresse nécessitant une intervention d'urgence ou des références.

Analyse des données

Les enregistrements audio des entrevues individuelles et de groupe auprès des cocaïnomanes, les notes manuscrites des rencontres « au hasard » auprès des usagers et des intervenants et les procès-verbaux résumant les discussions entre spécialistes constituaient l'ensemble des données brutes de cette recherche. Les enregistrements audio ont été retranscrits entièrement.

De l'ensemble de ces données brutes, j'ai souligné les segments pertinents en regard des questions initiales, j'ai trié et ensuite classé ces données à l'intérieur de catégories s'éloignant peu des données brutes (ex. problèmes physiques, sentiments de rejet, manque de ressources). Les segments éliminés en raison de la redondance et l'ensemble des données triées ont été conservés afin de valider les conclusions finales. Suite à ce triage et cette classification des données brutes, j'ai regroupé les données traduites sous des rubriques plus abstraites et synthétiques permettant de lier les concepts et de faire ressortir les enjeux principaux. La méthode d'analyse utilisée est fidèle aux études sur les méthodologies qualitatives de Van der Maren (1996-1997).

Ainsi, les données recueillies auprès des cocaïnomanes ont été classifiées en cinq rubriques : 1) Besoins urgents et meilleure accessibilité des ressources, 2) besoins affectifs, 3) besoin de prise de conscience, 4) besoin d'occupation et 5) besoin de responsabilisation et de structure de vie. Les données recueillies auprès des intervenants et des spécialistes ont été regroupées en trois rubriques :

1) coordination et cohérence entre les ressources, 2) mesures préventives à bas seuil d'exigence et 3) promotion de la santé et renforcement des compétences des cocaïnomanes désaffiliés. Des analyses interprétatives de ces données ont permis de donner un sens aux résultats des analyses thématiques. Ces analyses sont présentées en conclusion.

Résultats

Résultats auprès des cocaïnomanes consultés

Suite à des rendez-vous planifiés, 17 hommes et cinq femmes cocaïnomanes (N=22) ont été consultés par le biais de deux entrevues individuelles et de trois *focus groups*. Les entrevues individuelles ont eu lieu pour permettre à des personnes qui ne pouvaient se présenter aux focus groups de donner leurs opinions. La moyenne d'âge de cet échantillon est de 33 ans. Les sujets de plus de 30 ans (N=16) ont consommé pendant 16,2 ans et ont consulté 9,2 fois en moyenne. Les sujets entre 18 et 30 ans (N=6) ont consommé 5,2 ans et ont consulté 6,7 fois. Les sujets consommaient de la cocaïne injectée (N=16), fumée (N=11) et prise (N=4). Environ 73% d'entre eux le faisaient régulièrement au moment des entrevues, c'est-à-dire au moins trois fois par semaine.

Les programmes d'échange de seringues (Cactus Montréal, Spectre de rue), les autres ressources à bas seuil d'exigence (Maison du père, Old Brewery Mission,

Accueil Bonneau, Maison des amis du plateau, Gipsy), les CLSC, les travailleurs de rue, les Cocaïnomanes Anonymes, le Centre Dollard-Cormier, le C.R.A.N. et le service de toxicomanie de l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal sont les ressources consultées par cette population.

Les cocaïnomanes consultés montraient beaucoup d'enthousiasme lors des rencontres individuelles et de groupe. Ils étaient difficiles à interrompre, parlaient souvent tous à la fois avec tonus et intérêt, et collaboraient bien. Les entrevues étaient d'ailleurs difficiles à terminer. Ils auraient beaucoup plus à dire. Ainsi, lorsqu'ils sont encouragés à donner leurs avis, ils deviennent stimulés et dynamiques.

Cinq hommes et cinq femmes cocaïnomanes (N=10) ont été consultés lors de rencontres « au hasard » la nuit à Cactus Montréal. Évidemment, ils se présentaient intoxiqués et dans l'urgence de consommer. Les rencontres furent donc brèves. Bien qu'ils exprimaient des opinions semblables aux autres sujets cocaïnomanes, ils mettaient davantage l'accent sur les urgences et les besoins de base (ex. manque de sommeil, urgence suicidaire, découragement, intoxication grave, dettes, problèmes de santé physique). Ils étaient donc davantage dans l'immédiateté.

1. Besoins urgents et meilleure accessibilité des ressources

Plusieurs cocaïnomanes consultés expriment une grande détresse physique et psychologique (ex. manque de sommeil, sous-alimentation, idées suicidaires, problèmes d'hébergement, problèmes psychiatriques, VIH/sida). Dans certains cas, les problèmes de santé physique (ex. endocardite, pneumonie, abcès) ne sont pas traités parce que la personne ne consulte pas, ne suit pas les recommandations médicales ou signe un refus de traitement. Certains mettent carrément leur vie en danger. Prenons l'exemple d'un sujet qui présente une condition médicale grave. Des intervenants communautaires le conduisent à l'urgence d'un hôpital. Rapidement, il signe un refus de traitement, retourne à la rue, se prostitue et avec l'argent gagné se procure un quart de cocaïne qu'il s'injecte sur le champ. Ils vivent donc souvent dans des conditions de vie dangereuses et doivent demeurer vigilants pour survivre (ex. violence, règlement de compte).

Face à ces problèmes d'épuisement du corps, les cocaïnomanes proposent la création de lieux d'hébergement et de pause où la consommation serait tolérée et où ils pourraient prendre soin de leur corps et se reposer sans avoir à suivre des règles (ex. « un oasis de repos où les personnes n'ont pas à suivre de règles ... ça marche pas si j'ai des règles à suivre »). Les premiers jours du mois, lors de la réception du chèque d'aide sociale, constituent une période critique où les besoins sont urgents en raison de la forte consommation de drogues. Les consommateurs réutilisent alors les ressources, et cette période devient

déterminante afin de rejoindre ceux qui sont plus en retrait à d'autres moments du mois.

Certains proposent des sites d'injection sécuritaire afin d'éviter les risques d'infections virales et de surdoses. Ils éviteraient ainsi de s'injecter dans la rue et de craindre d'être arrêtés par la police, ajoutent-ils. D'autres consommateurs, par contre, sont plus réticents à l'instauration de tels sites. Ils sentiraient une intrusion dans leur mode de vie et craindraient d'être davantage marginalisés (ex. «c'est une intrusion dans mon intimité », « je me sentirais encore plus catalogué de junky »).

Ils souhaitent aussi que les programmes d'échanges de seringues et les ressources d'urgence en toxicomanie soient accessibles en tout temps et qu'ils soient plus nombreux à Montréal. Les durées de séjour à l'urgence/toxicomanie devraient être plus longues, disent-ils, afin de parler calmement avec quelqu'un et de se sentir accueillis lors de crises.

Ils suggèrent également une présence plus grande et mieux identifiée de travailleurs de rue. Ils souhaitent des lieux de rencontre où ils peuvent parler à des intervenants ou à d'autres usagers. Les limites d'âge dans certaines ressources sont frustrantes, disent-ils, bien qu'elles soient souvent nécessaires pour éviter l'achalandage. Certaines femmes cocaïnomanes souhaiteraient bénéficier de services de consultation en désintoxication interne sans être

séparées de leur(s) enfant(s) et proposent des thérapies en unités de soins où les mères et les enfants aient un lieu et recevraient de l'aide en dyade « mère-enfant ».

2. Besoins affectifs

Plusieurs insistent sur l'importance de l'accueil dans les ressources. Un accueil chaleureux, sans jugement, le sentiment d'avoir une place et de l'importance, le fait d'être entendus et soutenus à travers les épreuves sont des besoins fort importants pour eux. La condamnation et le rejet qu'ils ressentent parfois les découragent quant au désir de s'en sortir (ex. « le monde te croit plus un moment donné, c'est important les rêves... je ne suis pas une condamnée », « si ta famille, ton entourage, ton chum, les intervenants ne croient pas en toi, t'es "faite" », « tu arrêteras pas quelqu'un de consommer si tu doutes », « j'ai pas besoin qu'on me fasse la morale »).

Lorsqu'ils consultent, certains expriment le besoin que les intervenants apprivoisent leur côté « sauvage », les « laissent tranquilles » et qu'ils adaptent leurs interventions à leur personnalité (ex. « si tu m'imposes quelque chose, des conditions, oublie ça »). Certains souhaitent aussi s'impliquer activement dans le traitement et qu'on reconnaisse leurs ressources personnelles et leurs compétences.

La confiance est un thème fondamental. Ils font confiance aux travailleurs de rue et aux autres consommateurs ou ex-consommateurs (ex. « c'est ceux qui consomment qui m'ont le plus aidé dans ma vie, ceux qui consomment pas ont tendance à juger », « tu t'attaches au monde de la drogue... ça fait un genre de famille, eux te lâchent pas »). Le besoin de briser la solitude, de parler et de s'entraider ainsi que les besoins d'amour et d'affection sont primordiaux.

L'entraide est source de valorisation, d'appartenance à un groupe et permet d'alléger les problèmes. Par contre, l'entraide peut parfois être lourde à porter, disent-ils. Certains ajoutent que le monde de la drogue en est un où les gens peuvent abuser les uns des autres.

Outre le travail, les relations amoureuses, la sexualité et l'affection d'un animal domestique sont recherchées afin de combler un vide et se sentir valorisé. Par contre, parmi les sujets consultés, très peu en bénéficient dans la réalité (ex. « t'as de la peine, ton animal, y' est là ... te juge pas ... te donne de l'amour inconditionnel », « être amoureux, ça comble un vide... c'est un *high* naturel »).

3. Besoin de prise de conscience

Certains cocaïnomanes consultés ont apprécié les réflexions sur leur vie malgré leur difficulté de s'arrêter et de s'interroger sur eux-mêmes. Plusieurs sont reconnaissants qu'on les ait confrontés et qu'on leur ait permis de prendre conscience de leurs difficultés. La parole est décrite comme un outil privilégié

pour prendre une distance face à leurs nombreux problèmes. Un espace de parole devient, selon eux, une façon de les rejoindre (ex. «y a toujours quelque part quelque chose qui ne fonctionne pas et le fait d'en parler aide...faut aller chercher les personnes les plus difficiles sur ce point et leur donner la parole »).

D'autre part, malgré la prise de conscience des dangers d'infections virales (VIH/sida et hépatites) et autres MTS, les usagers s'en parlent très peu entre eux, disent-ils. Ces maladies demeurent taboues et les personnes atteintes sont souvent marginalisées. Le condom est décrit par certains comme un obstacle à leur désir de sensations fortes. De plus, la majorité dira que lorsqu'ils sont intoxiqués ou en manque, les dangers de s'infecter deviennent secondaires au désir de se « geler ». Par contre, certains consommateurs diront que la peur de mourir a déjà été une source de motivation à s'en sortir.

4. Besoin d'occupation

Bien que les sujets consultés aient peu de loisirs et d'occupations dans la réalité, ils peuvent concevoir que les activités sportives, artistiques et le travail auraient un effet bénéfique sur leur estime d'eux-mêmes. Ces activités leur permettraient également de s'occuper à autre chose que la consommation et de combattre, pour certains, les symptômes de sevrage reliés à l'abstinence. Par contre, ces activités doivent être diversifiées et entreprises avant la première consommation de la journée, disent-ils.

Ainsi, les sports sont décrits comme une voie de défoulement, de valorisation et d'aide (ex. poids et altères, marche, danse). Les plus jeunes cocaïnomanes s'intéressent aux sports extrêmes en raison des sensations fortes qu'ils procurent sans avoir à consommer (ex. bains glacés, ski alpin, rafting). Les sports d'équipe tels que le hockey et le football sont mentionnés comme une bonne façon d'exprimer l'agressivité. Il est intéressant de noter que ces sports briseraient leur solitude également. Certains ajoutent que les sorties en nature permettent de sortir de la ville qui est fortement associée à la consommation (ex. camping, randonnées pédestres). Les activités artistiques sont également décrites comme une source de divertissement et d'expression de soi (ex. recueil de poèmes, dessins, musique). Divers loisirs et sorties sont ajoutés à la liste tels que, par exemple, l'écoute de films, la relaxation, la méditation, les repas communautaires, la cabane à sucre.

Malgré leur ambivalence face au travail souvent moins gratifiant financièrement que les métiers de rue et plus exigeant en termes de responsabilités, le travail et le bénévolat sont présentés par la majorité comme une façon de s'occuper, de sortir du milieu de la drogue et de la rue et d'avoir une meilleure estime de soi. Le retour aux études est aussi abordé dans le même sens surtout par les jeunes consommateurs consultés.

5. *Besoin de responsabilisation et de structure de vie*

Plusieurs expriment des craintes relativement aux responsabilités et à la réalité qu'ils tentent de fuir dans la consommation. Cette réalité les confronte, disent-ils, à leurs difficultés à gérer les émotions (ex. « on est des personnes irresponsables », « je ne sais pas comment je serais sans drogue ... comment je vivrais les émotions »). Sortir de la dépendance aux drogues et au style de vie est décrit comme une épreuve face à laquelle certains disent se sentir impuissants. La réalité sans consommation est perçue comme ennuyante et vide. Malgré tout, ils soulignent leur désir de s'intégrer socialement et de prendre certaines responsabilités. Celles-ci leur permettraient de reprendre du pouvoir sur leur vie et de s'estimer davantage.

Ainsi, ils ont à cœur de définir des objectifs de vie et de les atteindre, d'avoir des ambitions, des rêves, un sens à leur vie et des points de repères (ex. « je sais que je n'y arriverai pas tout de suite, mais j'ai besoin de croire en quelque chose, c'est important les rêves ... je ne veux pas qu'on me les enlève et qu'on me raisonne », « tout le monde a des buts, même les toxico »). L'occupation d'un emploi, l'amélioration de la relation avec leurs enfants, la responsabilité d'un animal domestique, d'un loyer et de paiements de factures sont, entre autres, nommés comme sources possibles de valorisation et de responsabilité afin de se sortir de la dépendance. Par contre, ils ne croient pas en la capacité des usagers à se mobiliser, à se regrouper vers une cause commune en raison de la consommation omniprésente et de leur irresponsabilité.

Résultats auprès des intervenants et des spécialistes consultés

1. Coordination et cohérence entre les ressources

Les intervenants consultés soulignent unanimement les problèmes sérieux de coordination, de cohérence et de collaboration entre les différents services auprès des cocaïnomanes désaffiliés. La multitude des réseaux impliqués, les approches centrées sur les services plutôt que sur les individus, le développement d'expertises pointues et le nombre élevé de personnes à desservir compliquent l'intégration des services.

De plus, des écarts importants existent entre d'une part, le monde de la rue et de la drogue, celui des organismes à bas seuil d'exigence et d'autre part, les centres de réadaptation et les hôpitaux. Ces écarts sont souvent infranchissables pour les consommateurs, diront les intervenants consultés. Des ressources intermédiaires manquent afin de favoriser une réinsertion sociale plus réaliste. Selon certains, il est, en effet, peu réaliste de croire qu'un individu désocialisé depuis longtemps puisse consulter, du jour au lendemain, des organismes institutionnels très « socialisés ». D'autant plus qu'à différents paliers, les intervenants ne se consultent que très peu, ajouteront-ils. Des tensions sont palpables entre les divers intervenants et ressources. Ils ont beaucoup de reproches à se faire les uns aux autres relativement aux soins dont ont besoin les toxicomanes.

Les intervenants consultés mentionnent que la demande chaotique des cocaïnomanes désaffiliés crée aussi une certaine désorganisation des services. Les usagers font souvent une utilisation erratique, avide et instrumentale des ressources. Il devient alors difficile de se faire une idée globale de l'individu et de son parcours. De plus, les cocaïnomanes peuvent être plus irritables ou menaçants que les autres usagers de drogues. Cette situation pousse les intervenants « à bout » et peut les conduire à référer ailleurs. Ceci crée une circularité stérile des références et empêche l'établissement d'une permanence relationnelle. Par exemple, selon une intervenante de rue, les usagers de drogues ont des mécanismes de survie dans la rue qui flanchent lors d'une consultation à l'urgence ou lors d'une hospitalisation. Ils deviennent alors très demandants et « brûlent » le personnel médical qui a alors tendance à les rejeter. Cette situation existe aussi dans d'autres ressources. Face à la lourdeur des multiples problématiques rencontrées, certains font observer que les intervenants se sentent seuls et souvent peu soutenus par les autres organismes.

Face à ces problèmes de coordination, certains intervenants proposent d'étudier les parcours des cocaïnomanes à l'intérieur du réseau afin d'améliorer la continuité des soins et de permettre un réel réseau d'aide intégré. Pour certains, une plus grande connaissance et collaboration entre les divers partenaires (ex. hôpitaux, prisons, programmes d'échange de seringues, centres de réadaptation) est préférable à l'ajout de services. Par contre, un pair aidant exprime une certaine réserve à l'égard d'une collaboration avec les professionnels. Souvent,

les compétences des pairs aidants ne sont pas reconnues. Le manque de reconnaissance des compétences entre les divers intervenants est souligné d'ailleurs par plusieurs. La délicatesse et les capacités de négociation sont soulignées comme essentielles dans le travail de partenariat, surtout, lorsque les organismes partenaires ont des croyances, idéologies, valeurs et formations fort différentes.

La confusion parfois présente chez les intervenants entre les règles propres au monde de la rue et de la drogue et celles de la société peut créer des problèmes éthiques importants. Des clarifications éthiques seraient de mise.

2. Mesures préventives à bas seuil d'exigence

Selon les intervenants consultés, les cocaïnomanes désaffiliés ont de multiples difficultés dont il faut tenir compte afin de créer un lien. Ainsi, une approche centrée sur l'individu et qui tiendrait compte de l'ensemble des problèmes est proposée. La promotion du condom, par exemple, n'est pas suffisante en soi. Nous devons tenir compte aussi des besoins économiques, sociaux, médicaux et psychiatriques des cocaïnomanes à risque d'infections virales et de MTS. Ces problèmes sont fortement négligés dans les prisons, entre autres, qui hébergent plusieurs cocaïnomanes désocialisés. Les intervenants soulignent, en effet, les nombreux obstacles qui empêchent les consultations psychiatriques en prison. De plus, les condoms et les seringues stériles sont peu accessibles sinon pas du tout dans ces lieux.

Tout comme les consommateurs, les intervenants identifient les premiers jours du mois comme une période privilégiée pour rejoindre les cocaïnomanes les plus inaccessibles. L'aide juridique et administrative ainsi que l'établissement de logements sociaux plus nombreux permettraient de rejoindre cette population. Parmi les intervenants consultés, les lieux de récupération et de répit suite à une forte consommation ne font pas unanimité. Certains soulignent que ces lieux permettraient d'établir un premier contact avec un individu désaffilié, un contact éventuellement porteur de changements. D'autres croient que ces lieux favoriseraient le statu quo chez les consommateurs.

Certains proposent d'instaurer des sites d'injection sécuritaire pour les cocaïnomanes de Montréal. Ces sites sont envisagés comme solution aux problèmes des seringues usagées traînant dans les lieux publics et à l'irritation grandissante de la population à cet égard. Les intervenants encouragent les usagers à rapporter leurs seringues souillées aux programmes d'échange de seringues. Cependant, le problème persiste. Selon plusieurs, les usagers doivent être sensibilisés à leur utilisation de l'espace public. Plusieurs idées sont émises (ex. faire payer les seringues non rapportées, payer des usagers chargés de ramasser les seringues dans les lieux publics, fermer les sites lorsque le problème devient trop important afin de sensibiliser les usagers sur les conséquences de laisser leurs seringues traîner.) Plusieurs consommateurs eux-mêmes sont préoccupés de l'environnement. Ils proposent de faire des

campagnes publicitaires et des affiches-chocs (ex. « montrer un enfant jouer avec une seringue par terre »).

3. Promotion de la santé et renforcement des compétences des cocaïnomanes

Les intervenants proposent à plusieurs reprises l'instauration d'ateliers (ex. arts, musique, sports) afin de développer de nouvelles voies de gratification autres que la consommation de drogues. Certains soulignent également l'importance de reconnaître et de mettre à contribution les ressources et les compétences des usagers de cocaïne désaffiliés. Cette attitude permettrait de diminuer la relation de dépendance des consommateurs à l'égard du réseau d'aide. Ils pourraient ainsi être impliqués plus activement dans la création de projets. La mobilisation des usagers, le travail adapté, l'entraide sont également envisagés par les intervenants comme des moyens de remettre du pouvoir aux consommateurs, de briser l'isolement et de développer un sentiment de valorisation. La mise sur pied de lieux de parole et de réinsertion sociale est également envisagée.

Discussion et conclusion

Les résultats de l'enquête auprès des cocaïnomanes désaffiliés et des intervenants illustrent les tendances tant réparatrices que destructrices de ces consommateurs. Ils vivent entre la vie et la mort. Autant, ils désirent changer, trouver un sens à leur vie, s'actualiser à travers diverses activités et responsabilités, autant ils s'enfoncent et se détruisent. Tel que l'ont décrit, entre autres, Olievenstein (1973) et Valleur (1981), ils défient les lois de la nature en repoussant les limites de leur corps. La quête de plaisir à travers la drogue ne tient pas compte de la réalité des risques (ex. VIH/sida, surdosage, endocardite, abcès, violence). Face à ces enjeux destructeurs, quels sont les filets de sécurité qu'offre notre société (Bibeau & Perreault, 1995; Castel, 1991) ?

Concernant le VIH/sida, ces personnes affirment s'en préoccuper, mais le sujet demeure tabou et noyé dans une constellation de problèmes. La menace du VIH/sida n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan. Bibeau & Perreault (1995) arrivent aux mêmes conclusions dans leur étude de la toxicomanie dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Ainsi, comme le soulignent les intervenants consultés, nous ne pouvons prétendre réduire les risques d'infections virales sans adopter une approche tenant compte de l'ensemble des difficultés de la clientèle. Donc, malgré leur désir d'un avenir meilleur, les consommateurs demeurent coincés dans l'immédiateté de la drogue et leurs nombreux autres

problèmes. La majorité veut s'en sortir mais se sent impuissante à affronter la réalité sans drogue.

La revendication d'une certaine réparation face aux jugements et aux rejets est présente également dans le discours des cocaïnomanes (ex. être accueillis sans jugement, être acceptés tels qu'ils sont). La société offre-t-elle une réparation, la possibilité de restaurer un sens à leur vie ? Ils expriment bien aussi le sentiment de vide et les manques qu'ils tentent de combler constamment par la consommation de drogue. La désaffiliation dans laquelle ils vivent accentue cet état de manque tel que l'illustre Castel (1991) : manque à se loger, manque de sécurité, manque de pouvoir, manque d'estime, etc. Ces manques provoqueraient-ils cette demande avide envers les intervenants qui se sentent alors dépourvus ? En effet, les cocaïnomanes ont des attentes très grandes et parfois peu réalistes, envers la société et les intervenants (ex. « j'aimerais qu'on m'offre une vie sur un plateau d'argent », « l'hypnose peut guérir », « si tu m'imposes quelque chose, des conditions, oublie ça »). Certaines de leurs suggestions illustrent leurs difficultés à tolérer les frustrations inhérentes à toute démarche.

Les données illustrent un grand écart entre leurs désirs et la réalité. Tantôt, ils manifestent le désir de se responsabiliser, d'avoir des loisirs, du travail, tantôt, ils craignent le changement et les responsabilités qui les confronteraient à un sentiment d'impuissance et d'inaptitude. Leurs idéaux se concrétisent ainsi très

peu dans la réalité vécue comme décevante, vide et frustrante. La révolte exprimée face à la société et la mise à distance de cette société seraient-elles une récupération narcissique face au sentiment de ne pouvoir en faire partie ? En effet, tenteraient-ils de lutter contre leur sentiment d'infériorité face à leurs idéaux d'être impliqués dans la société sans pouvoir y parvenir ? Le monde de la rue et de la drogue est investi et devient un monde clos, inaccessible aux intervenants. La socialisation devient presque exclusive aux autres consommateurs (ex. « tu t'attaches au monde de la drogue ... ça fait un genre de famille, eux te lâchent pas »). La consommation envahit leur vie. Toute relation, toute activité deviennent réduites à la drogue au point où leurs besoins et leurs désirs sont occultés.

Ces enjeux seraient la manifestation d'une position paradoxale de dépendance chez les cocaïnomanes. D'une part, ils demandent une prise en charge, d'autre part, ils revendiquent une liberté d'action et une responsabilité, sources de valorisation. Ils seraient ainsi en lutte entre le désir d'autonomie et la dépendance face à l'autre, position paradoxale difficile à résoudre.

Les cocaïnomanes rencontrés ont de la difficulté à établir un lien investi à long terme. Le nombre élevé de consultations et la diversité des ressources consultées par les cocaïnomanes confirmeraient notre propos. L'aspect erratique des consultations des cocaïnomanes est confirmé par les intervenants.

Unanimentement, les intervenants expriment également des fractures dans l'établissement de liens entre ressources. Le manque de coordination, de cohérence et de collaboration est criant. Les intervenants de tous milieux sont souvent dépourvus face à la lourdeur des problématiques et face aux attitudes difficiles des consommateurs de cocaïne. Cette lourdeur et le sentiment d'impuissance seraient-ils responsables, en partie, des tensions entre les intervenants qui se reprocheraient mutuellement de ne pas se sentir épaulés les uns les autres ? Les attentes entre les partenaires et envers les usagers conduiraient parfois à des frustrations. Une meilleure connaissance des autres ressources et des usagers eux-mêmes pourrait peut-être ramener les attentes à une perspective plus réaliste.

La reconnaissance des compétences et des difficultés des cocaïnomanes, telle qu'ils le demandent eux-mêmes, serait une façon de diminuer les frustrations des intervenants, de valoriser les consommateurs et d'instaurer une relation moins tendue. Les consommateurs consultés manifestent certaines capacités de se mobiliser malgré leur grande ambivalence. Leur enthousiasme et leur dynamisme durant les rencontres en sont des exemples.

Étant donné l'échantillon recruté, ces résultats s'appliquent aux cocaïnomanes désaffiliés ayant déjà un contact, bien que précaire, avec le réseau d'aide. Des consultations de nuit avec des travailleurs de rue étaient prévues et auraient permis de rejoindre les plus désaffiliés. Cet échantillon ne rend pas crédit, non

plus, à la grande hétérogénéité de cette population. Nous aurions souhaité former des *focus groups* plus diversifiés quant à l'âge, au genre, à l'ampleur de la désaffiliation et les comparer entre eux. Les difficultés de recrutement n'ont pu permettre cette plus grande représentativité.

Des jeunes de la rue, des consommateurs plus âgés, des femmes, des personnes itinérantes, des personnes suivies en psychiatrie, des personnes faisant de la prostitution ont été interrogés. Cette diversité permet tout de même une représentativité des divers groupes de consommateurs à Montréal.

Références

- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Gendron, S., Claessens, C., Guimont, C. et al. (1998). Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Québec, Centre de santé publique de Québec, rapport de recherche.
- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L. et The SurvUDI Working Group (2001). Faint light on the horizon? Trends in HIV prevalence, incidence and needle borrowing among injection drug users participating in the survUDI study. Canadian Journal of Infectious Diseases, 12, (Suppl.B), May / June 2001, p. 55 B.
- Beauchemin, S. (1996). Nommer et comprendre l'itinérance des jeunes : une recension des écrits. Cahier de recherche sociologique, 27, 99-126.
- Bibeau, G., Perreault, M. (1995). Dérives montréalaises. Itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Montréal : Boréal, 234 p.
- Broadhead, R.S., Heckathorn, D.D., Weakliem, D.L., Anthony, D.L., Madray, H., Mills, R.J., Hyghes, J. (1998). Harnessing Peer Networks as an Instrument for AIDS Prevention : Results from a Peer-Driven Intervention. Public Health Reports, 113, (Suppl.1), 42-57.

- Cardinal, N. (1998). Dimension culturelle et historique de l'usage des psychotropes. In P. Brisson (Sous la dir. de), L'usage des drogues et la toxicomanie. (pp. 21-34). Montréal : Gaëtan Morin.
- Castel, R. (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle. In J. Donzelot (Sous la dir. de), Face à l'exclusion. Le modèle français sous la direction de Jacques Donzelot. (pp. 137-168). Paris : Éditions Esprit.
- Castel, R. (1996). Les marginaux dans l'histoire. In S. Paugam (Sous la dir. de), L'exclusion, l'état des savoirs. (pp. 32-41). Paris : Éditions La Découverte.
- Chevalier, S., Laurin, I. (1999). La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits 1999. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux. Direction de la Santé publique et Direction de la programmation et coordination.
- Côté, P. (1999). L'épidémie d'hépatite C, implications pour les UDI. In Centre québécois de coordination sur le sida (Éds), Recueil des présentations lors de la quinzième rencontre provinciale des intervenants en prévention de la transmission du VIH chez les UDI, 7 octobre 1999.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Wallach, M.A. (1991). Homelessness and Dual Diagnosis. American Psychologist, 46, 11, 1149-1158.
- Fortier, J., Roy, S. (1996). Les jeunes de la rue et l'intervention : quelques repères théoriques. Cahier de recherche sociologique, 27, 127-152.

- Krystal, H. (1982). Adolescence and the tendencies to develop substance dependence. Psychoanalytic Inquiry, 2, 4, 581-617.
- Lahaie, C. (2002). Vers un réseau de soins intégrés pour la clientèle toxicomane atteinte du VIH / sida. L'infirmière du Québec, 9, 6 : 27-38. Juillet/août 2002.
- Noël, L., Cloutier, R., Tremblay, J., Parent, R. (1999). Monitoring des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec. Avril 1997 à mars 1998. Centre de santé publique de Québec.
- Olievenstein, C. (1973). Écrits sur la toxicomanie. Éditions Universitaires, Paris.
- Parazelli, M. (1996). Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais. Cahier de recherche sociologique, 27, 48-62.
- Parent, R., Alary, M., Hankins, C., Noël, L., Claessens, C., Guimont, C., Tran, T. et al. (1997). HIV among UDI : second surveillance year of the SURVIDU network. Canadian Journal of infectious Diseases, 8, (Suppl. A), Abstract 220.
- Poirier, M. (1996). La relation d'aide avec les jeunes adultes itinérants. Cahier de recherche sociologique, 27, 87-97.

- Réseau Juridique Canadien VIH/SIDA. (2002/2003). L'injection de drogue et le VIH/sida. Feuillelet d'information 1 : L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits. Montréal. Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002/2003. www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogue.html
- Rinsley, D.B. (1998). The Dipsas Revisited : Comments on addiction and personality. Journal of Substance Abuse Treatment, 5, 1-7.
- Schneeberger, P. (2000). Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains au Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Solal, J.-F. (1990). Jouissance de l'acte et clinique de l'entracte (un traitement possible du toxicomane. Revue Française de Psychanalyse, 1, 111-120.
- Song, J. (1999). HIV/AIDS & Homelessness: Recommendations for Clinical Practice and Public Policy. Developed for The Bureau of Primary Health Care and The HIV/AIDS Bureau Health Resources and Services Administration. National Health Care for the Homeless Council. Health Care for the Homeless Clinicians' Network. Nashville, USA, 75 p.
<http://www.nhachc.org>
- Swan, N. (1995). Treatment and Outreach Research on AIDS : Identifying and Treating those at risk. National Institut on drug abuse (NIDA).
http://165.112.78.61/NIDA_Notes/Nnvol10N3/AIDSO outreach.html
- Turmel, B., Allard, R., Meunier, L., Desrochers, D., Fleurent, C. (1998). Centre de coordination sur le sida. Surveillance des cas de sida, Québec-Cas cumulatifs 1979-1998. Mise à jour. Montréal. Centre québécois de coordination sur le sida, 30 juin 1998, 23 p.

Valleur, M. (1981). Conduites ordaliques et toxicomanie. Mémoire pour le C.E.S. de psychiatrie. Faculté de médecine Kremlin-Bicetre, Académie de Versailles, Université Paris-Sud.

Van der Maren, J.-M. (1996-1997). Analyse et interprétation des données qualitatives. Notes pour le cours ETA 6512. Université de Montréal.

Winnicott, D.W. (1984). Deprivation and delinquency. Ed. by Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. University Press, Cambridge, Tavistock Publication.

Winnicott, D.W. (1975). Jeu et réalité. L'espace potentiel. Paris, Gallimard.

Notes de l'article 2

1. Médecin au service de toxicomanie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et au Centre de Recherche et d'Aide aux narcomanes (C.R.A.N.).
2. Enquête subventionnée par le ministère de la santé et des services sociaux suite à une demande de l'ancien ministre délégué, Monsieur Gilles Baril.
3. <http://www.auforg/revues/sante/2.96/dos11.html>
4. Travail Alternatif Payé À la Journée
5. <http://itineraire.educ.infinet.net/francais/accueil/presfr.html>
6. Centre d'action communautaire auprès des toxicomanes utilisateurs de seringues (CACTUS)
7. Centre hospitalier de l'Université de Montréal
8. Dr J. Aubut, psychiatre et chef du département de psychiatrie du CHUM, Dres S. Brissette et J. Bruneau, médecins au Service de toxicomanie du CHUM, A. Chauvette, intervenant de milieu à Cactus Montréal, Dr P. Lauzon, médecin au service de toxicomanie du CHUM et au CRAN, Mesdames M. Roy, directrice du Centre Dollard-Cormier et M. Tonnelier, directrice de Cactus Montréal, Madame M. Vincent, psychologue au Centre de santé mentale communautaire de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM.

Notes des auteurs

À noter que cette enquête a permis l'élaboration d'un projet pilote qui a été soumis au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) par les membres du groupe de recherche sur le traitement des cocaïnomanes.

Le premier objectif de la proposition soumise au MSSS était de créer un lieu d'insertion sociale pour les cocaïnomanes désaffiliés de Montréal, c'est-à-dire un espace de parole tel que souhaité par les consommateurs. Ce lieu permettrait de donner la possibilité aux consommateurs de définir eux-mêmes des activités de promotion de la santé et d'exercer un rôle social actif et valorisant dans l'amélioration de leur qualité de vie. Il serait supervisé par des intervenants qui auraient le rôle de soutenir les efforts des consommateurs de cocaïne dans le développement de projets par eux et pour eux.

Le deuxième objectif proposé était de créer une équipe clinique responsable d'étudier et de mieux comprendre l'utilisation que font les cocaïnomanes des services. Cette équipe aurait aussi comme fonction d'améliorer la cohérence de ces services en intervenant autant sur le demandeur que sur les difficultés propres aux réseaux d'aide.

Le troisième objectif proposé était de faire une étude de faisabilité de l'instauration de sites d'injection sécuritaire à Montréal.

Remerciements

Remerciements aux membres du groupe de recherche sur le traitement des cocaïnomanes : Dr Jocelyn Aubut, Dre Suzanne Brissette, Dre Julie Bruneau, M. André Chauvette, Dr Pierre Lauzon, Mme Marianne Tonnelier et Mme Madeleine Roy. Remerciements à la collaboration de l'équipe de Spectre de rue et de Cactus Montréal, programmes d'échange de seringues, ainsi qu'à la Cohorte Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Remerciements chaleureux à tous les consommateurs de cocaïne et aux intervenants du milieu qui ont pris le temps de partager leurs réalités et leurs opinions.

Remerciements à M Gilles Baril, ancien ministre délégué à la santé et aux services sociaux sans qui ce projet n'aurait pu exister ainsi qu'à Mme Sylvie J. Gosselin, D.V.M., Ph.D., I.P.S.A.V., Vice President Research, Huntingdon Life Sciences, USA pour leurs contributions financières généreuses.

ARTICLE 3

**Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales chez
les utilisateurs de cocaïne injectée recrutés à Montréal**

**Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales chez
les utilisateurs de cocaïne injectée recrutés à Montréal**

Martine Vincent, M.Ps.

Dre Hélène David, Ph.D.

Dr Paul C. Veilleux, Ph.D.

Sera soumis à la revue Psychologie canadienne

Résumé

Les stratégies préventives contre le VIH/sida et les hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) tiennent peu compte des enjeux sociaux et intrapsychiques impliqués dans la prise de risque. Cet article met en évidence que certains cocaïnomanes UDI recrutés à Montréal sont pris dans une dynamique de risque considérable alors que d'autres sont plus prudents à l'égard du VIH et des hépatites. Ces deux groupes, divisés sur la base de données d'entrevues, les cocaïnomanes très à risque (N=27) et les cocaïnomanes peu à risque (N=47), ont été comparés statistiquement sur un ensemble de variables mesurées par un questionnaire sociodémographique, des mesures empiriques (*California Psychological Inventory* (CPI), Inventaire de personnalité narcissique (IPN), HIV Risk-Taking behavior Scale) et des entrevues dont l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT).

Les cocaïnomanes très à risque d'emprunter du matériel d'injection (N=27) et les cocaïnomanes peu à risque (N=47) ne sont pas significativement différents quant à l'âge, aux statuts socioéconomiques, aux antécédents suicidaires, à leur connaissance des risques, à la gravité de leur consommation de drogues (IGT) ainsi qu'en ce qui concerne les traits narcissiques, le contrôle pulsionnel et l'intégration des normes et des valeurs sociales tels que mesurés par l'IPN et le CPI. Par contre, les cocaïnomanes très à risque ont une consommation d'alcool significativement plus grave que les cocaïnomanes peu à risque. Des analyses

qualitatives faites à partir de données d'entrevues, en plus d'illustrer l'effondrement social et psychique de ces individus, permettent de nuancer les différences entre ces deux groupes.

Mots clés: utilisateurs de drogues injectables (UDI), cocaïne, infections virales (VIH/sida et hépatites), comportements sexuels et d'injection à risque.

Abstract

The preventive measures against HIV/AIDS and hepatitis in intravenous drug users (IDU) do not account for the social and intrapsychic factors involved in risk taking. This article underscores that certain IDU cocaine abusers recruited in Montreal are caught in a considerable dynamic of risk while others are more cautious with regards to HIV and hepatitis. Both these groups, divided on the basis of their interview data, high risk cocaine abusers (N=27) and low risk cocaine abusers (N=47), were compared on a group of variables measured by a socio-demographic questionnaire, by empirical measures (California Psychological Inventory (CPI), Narcissistic Personality Inventory (NPI), HIV Risk-Taking Behavior Scale), as well as by interviews and the Addiction Severity Index (ASI).

Results indicate that cocaine abusers at high risk of borrowing injection material (N=27) and low risk cocaine abusers (N=47) are not significantly different as to their age, socio-economical status, suicidal background, knowledge of risks, as to the severity of their drug consumption (ASI) as well as with regards to narcissistic traits, impulse control and the integration of the norms and social values as measured by the NPI and the CPI. However, high risk cocaine abusers have significantly more severe alcohol consumption than their low risk counterparts. Qualitative analyses obtained through the interview

data illustrate the social and psychic dissolution of these individuals, and enable to distinguish the more subtle differences between these two groups.

Keywords: intravenous drug users (IDU), cocaine, viral infectious (HIV/AIDS and hepatitis), sexual and injection risk taking behaviours.

Introduction

Les échanges de seringues et les comportements sexuels non protégés représentent des voies privilégiées de transmission du VIH / sida et des hépatites chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les recherches concluent que les mesures préventives telles que les programmes d'échanges de seringues (PES) et la prévention basée sur l'information sont insuffisantes dans la lutte contre les infections virales chez cette population hautement à risque (Bruneau et al., 1997; Stathdee et al., 1997). Ces programmes préventifs ne parviennent pas à contrecarrer les enjeux sociaux reliés à la désorganisation sociale, ainsi que les enjeux inconscients et pulsionnels propres à la toxicomanie et à la prise de risque, enjeux opposant certainement une résistance aux mesures préventives actuelles.

Cet article présente les résultats d'une étude des variables psychosociales liées aux comportements à risque d'infections virales chez des cocaïnomanes UDI recrutés à Montréal. Ainsi, à partir de données qualitatives, un échantillon d'hommes cocaïnomanes UDI a été divisé en deux groupes d'étude : un groupe de sujets cocaïnomanes très à risque (N=27) et un groupe de cocaïnomanes peu à risque (N=47). Ces deux groupes ont été comparés à partir d'enjeux narcissiques tels que les traits de personnalité narcissique pathologiques, le manque de contrôle pulsionnel et d'intériorisation des normes et des valeurs sociales. D'autres variables ont également été étudiées chez ces sujets telles que

leur connaissance des risques d'infections virales, la gravité de la consommation de drogues et d'alcool, les antécédents suicidaires, la polytoxicomanie et plusieurs autres variables sociodémographiques (ex. âge, statuts relationnels et socioéconomiques, scolarité, statuts sérologique et hépatique).

Problématiques

Cocaïnomanie et risques d'infections virales (VIH/hépatites)

Les cocaïnomanes ne constituent pas un groupe homogène bien que les écrits dont nous disposons rendent peu compte de cette diversité. Certains cocaïnomanes souffrent davantage des conséquences de la désaffiliation sociale ou ont adopté des comportements à risque plus graves que d'autres. En effet, « ... ce ne sont pas tous les consommateurs de cocaïne qui se désorganisent, se transforment en criminels ou sabotent les liens avec leur entourage » (Schneeberger, 2000, p.56).

Étant en marge, les cocaïnomanes les plus désaffiliés sont plus difficiles à rejoindre par les intervenants du réseau d'aide. Bien sûr, plus la cocaïne occupera une place importante, plus elle effacera le lien social. On retrouve alors dans cette population un sentiment d'exclusion, d'inutilité sociale et d'impuissance à exercer les rôles de citoyen comme on le constate aussi chez d'autres populations marginales (Bouchard, 1996; Parazelli, 1996). La rupture

est particulièrement flagrante avec les institutions qui représentent l'autorité et la norme (Woodham, 1987).

Les cocaïnomanes les plus désaffiliés ont un contact précaire avec le réseau d'aide, ce qui complique les interventions préventives auprès de cette population à risque d'infections virales telles que le VIH/sida et les hépatites. Contrairement aux héroïnomanes qui s'injectent entre deux à quatre fois par jour (Hankins¹), les cocaïnomanes peuvent s'injecter quotidiennement jusqu'à 30 fois et ainsi, sont davantage exposés au partage du matériel d'injection contaminé (Schneeberger, 2000; Noël et al. 1999; Chevalier et Laurin, 1999).

De plus, parmi les usagers de drogues injectables (UDI) au Québec, 65 à 90 % sont des cocaïnomanes (Schneeberger, 2000) et les UDI infectés sont aussi principalement des cocaïnomanes (Noël et al., 1999; Parent et al. 1997). Les études québécoises sur les UDI reflètent donc, en grande partie, la réalité des consommateurs de cocaïne. Dans cette province, le nombre de cas de sida associé à l'usage de drogues par voie intraveineuse est passé de 7,9 % en 93-94 à 21,9 % en 1997 (Turmel et al. 1998). La consommation de cocaïne est répandue à Vancouver, Toronto et Montréal (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002/2003).

À Montréal, les données indiquaient une incidence du VIH chez les UDI de 8,3 par 100 personnes-années et une prévalence de 18 % (Alary et al., 1998). Tel

que rapporté dans un document du réseau SurvUDI de 2001, ces taux ont un peu diminué à 6,0 par 100 personnes-années et 16,7 % respectivement (Alary, 2001). Cependant, la prévalence demeure plus élevée que 10 %, le seuil de séroprévalence critique (Hankins¹). De plus, selon les données de l'UHRESS², les UDI infectés, majoritairement des cocaïnomanes, sont deux fois moins nombreux à accéder aux traitements que les autres personnes atteintes du VIH (Lahaie, C., 2002; Rouleau, D. 2000). Chez les jeunes de la rue montréalais âgés entre 12 et 25 ans, 2,04 % étaient infectés du VIH lors d'une étude de 1995. Parmi ces jeunes, 20 % consommaient de la cocaïne régulièrement, 36 % s'étaient injectés et les drogues injectées étaient l'héroïne (45 %) et la cocaïne (45 %) (Roy et al., 1995). De plus, selon l'étude de la Cohorte Saint-Luc de Montréal, 70 % des UDI recrutés sont atteints de l'hépatite C (Côté, 1999).

Des études américaines dans le domaine du VIH indiquent que la consommation de cocaïne fait, de plus, obstacle aux bénéfices des programmes de méthadone, responsables d'une baisse notable des risques chez les héroïnomanes. Parmi eux, ceux qui consomment de la cocaïne adhèrent beaucoup moins au traitement de méthadone ou l'abandonnent (Friedman et al., 1991). Chose inquiétante, l'injection de cocaïne est un des facteurs prédisant le plus la séropositivité et la séroconversion chez les héroïnomanes (Chaisson, 1989; DesJarlais et al., 1988).

Autre difficulté, la disponibilité de seringues fait défaut en milieu carcéral alors qu'il existe une forte concentration d'UDI en centre de détention et que le taux d'infection par le VIH est élevé, de l'ordre de 10 % (Imbeau, 1997). De plus, le taux d'hépatite C varie entre 28 et 40 % dans ces milieux (CCLAT/ACPS, 1997).

Les comportements sexuels à risque chez les toxicomanes ont peu diminué malgré les mesures préventives (Cottler et al., 1998; Kumar et al., 1998; Millson et al., 1995). Millson et al. (1998) ont constaté auprès de 582 UDI, que chez les hommes ayant des relations hétérosexuelles, seulement 20 % utilisent toujours le condom et 50 % ne l'utilisent jamais, tandis que chez ceux ayant des relations homosexuelles, les chiffres sont de 38 et 43 % respectivement. Ces risques ont des répercussions importantes sur l'entourage. D'ailleurs, aux États-Unis, 48 % des femmes ayant le sida l'auraient contracté par un partenaire sexuel UDI (Hankins¹).

Plusieurs chercheurs concluent que l'instauration de programmes d'échange de seringues (PES), distribuant des condoms et des seringues stériles, a permis une baisse du taux d'incidence des infections virales chez les UDI. Par ailleurs, à Montréal, Bruneau et al. (1997) constatent que l'usage de cocaïne comme drogue de choix, le nombre d'injections mais aussi l'utilisation des PES représentent des facteurs de risque prédisant la séroconversion chez les UDI. Ceux utilisant les PES sont aussi plus jeunes et plus désaffiliés. Ainsi, les

PES rejoindraient les populations les plus à risques mais, bien que nécessaires, ils sont insuffisants dans la lutte contre les infections virales chez les UDI. D'autres mesures préventives doivent être développées autour des PES (Bruneau et al., 1997).

De plus, les connaissances des UDI sur les dangers reliés au VIH et aux hépatites n'empêchent pas la prise de risques. Selon une recherche de Wolitski et al. (1996), bien que 80,7% des 774 UDI consultés soient informés des risques d'infections virales, 76 % rapportent échanger leur matériel d'injection. Malheureusement, ce sont souvent les personnes les moins à risque qui se servent le plus des informations pour se protéger (Levine et al., 1993).

En conclusion, malgré les PES et les informations transmises sur les infections virales, plusieurs UDI, qui sont majoritairement des cocaïnomanes à Montréal, demeurent à risque. Le développement de réseaux d'UDI infectés et à haut risque autour des PES est inquiétant puisque même un faible taux de risque mène à un nombre élevé d'infections dans un contexte où la séroprévalence est élevée. Considérant la grande mobilité géographique des UDI et les échanges de seringues qu'ils ont avec leurs partenaires sexuels et d'injections, leur état sérologique et hépatique représente une préoccupation pour leur entourage et la population en général (Bruneau et al., 1997; Des Jarlais et al., 1997). De plus, la désaffiliation sociale est criante dans cette population et représente un obstacle de taille aux possibilités de la rejoindre afin de prévenir les risques.

Enjeux sociaux et intrapsychiques de la toxicomanie et du risque

L'expertise biomédicale et épidémiologique est à la base de la grande majorité des stratégies préventives actuelles sur le VIH/sida (Laberge, 2000). Ces stratégies tiennent peu compte des dimensions socioculturelles, politiques et intrapsychiques impliquées dans les comportements toxicomaniaques, sexuels et les conduites à risque, enjeux qui peuvent poser une forte résistance aux actions préventives. Dans la prévention du VIH/sida, on ne peut ignorer les facteurs de désintégration des liens sociaux, de la pauvreté, de l'absence de repères sociaux, de la désaffiliation ni des facteurs intrapsychiques.

Or la rupture sociale, le manque d'intériorisation de normes et de valeurs sociales, les difficultés à contenir les frustrations et les agirs et les blessures narcissiques qu'on remarque chez les personnes UDI sont fort probablement des variables déterminantes dans la compréhension des enjeux entourant la mort, les risques et les bris de liens sociaux.

Il est admis en effet que les toxicomanes ont des difficultés importantes à tolérer les frustrations, les délais, l'angoisse provoquée par les pulsions et les conflits. Le toxicomane est aussi en demande d'un contenant qui fait défaut chez lui. Ce manque compromet la gestion des frustrations et des émotions d'où le « tout, tout de suite » et la recherche de gratifications immédiates par la prise de drogues (Rinsley, 1988; Bergeret, 1986; Valleur, 1981; Aulagnier, 1979; Krystal, 1978). La notion de temporalité aurait son importance en regard des

conduites de risques. Le délai nécessaire pour se procurer, désinfecter les seringues serait-il trop frustrant, le « tout, tout de suite » empêcherait-il de prévoir les conséquences de conduites risquées ?

Selon Morhain (1994), Olievenstein (1973) et Solal (1990), les toxicomanes sont en quête de démesure et transgressent les lois fondamentales, celles de la limite du désir imposée par l'existence de la mort et des autres. Vouloir vivre au prix de sa vie est le paradoxe dans lequel se trouve le toxicomane. La toxicomanie représente une quête de retour au narcissisme primaire là où le nourrisson était tout-puissant, en état de complétude. Cette quête démesurée de jouissance totale est destructrice puisqu'elle ne tient pas compte de la réalité, du Je et des risques de mort. Olievenstein (1973) insiste également sur le pouvoir que cherche à avoir le toxicomane sur son existence à travers le corps. Pouvoir de plaisir et de douleur, pouvoir de vie et de mort, à chaque fois répétés parce que « les toxicomanes ont le sentiment ... qu'ils peuvent toujours recommencer » (Olievenstein, 1973, p. 29), manifestation du déni des risques et de la mort.

La difficulté à tolérer les frustrations posées par la réalité, les carences dans l'élaboration psychique, la quête de toute-puissance et de contrôle omnipotent sur la vie et la mort, autant de manifestations d'une béance narcissique, amèneraient l'individu à agir les conflits fondamentaux entre la vie et la mort. Les toxicomanes « osent » défier les lois de la nature en confrontant la mort

afin, paradoxalement, de préserver leur vie et leur valeur, de restaurer leur narcissisme blessé. Ainsi, les risques de mort chez les individus toxicomanes seraient une quête narcissique, une façon pour l'individu de s'édifier comme différent du commun des mortels à l'abri de la finitude inéluctable.

Selon Valeur (1981), sortir victorieux d'une conduite dangereuse alimente le fantasme de grandiosité, l'individu étant élu de puissance surnaturelle. Selon cet auteur, les fantasmes associés à la prise de risques seraient les vestiges des épreuves ordaliques anciennes. L'individu remet sa vie entre les mains du destin, de la chance, des dieux. Ces conduites ordaliques représenteraient un mouvement régressif et narcissique (se fondre aux dieux, être élu, immortel). Woodham (1987) souligne également cette tendance hypomaniaque chez les cocaïnomanes. Tandis que les héroïnomanes sont en quête d'une régression narcissique de nature intra-utérine, les cocaïnomanes recherchent une régression narcissique de nature maniaque (Cipriano, 1991).

Yvette Assedo (1990) ajoute la dimension contraphobique à la compréhension des conduites à risque. La confrontation directe et concrète de la mort, blessure narcissique ultime, permet d'exorciser la peur de mourir. Les enjeux de triomphe sur la peur et sur la mort, la transgression des limites, les menaces intrapsychiques rejouées sur une scène réelle constituent ce qu'elle appelle le narcissisme mortifère.

Les enjeux narcissiques seraient omniprésents chez les toxicomanes. Les cocaïnomanes très à risque d'infections virales seraient-ils aux prises avec des enjeux narcissiques plus pathologiques que les cocaïnomanes peu à risque ?

Méthodologie

Échantillon

D'une part, cette étude vise à vérifier l'existence d'une hétérogénéité chez les cocaïnomanes UDI quant aux risques d'infections virales et d'autre part, à analyser l'implication des enjeux narcissiques mentionnés ci-haut dans la prise de risque. Ainsi, 102 hommes s'injectant de la cocaïne régulièrement, c'est-à-dire, au moins trois fois par semaine, ont été recrutés à Spectre de rue, programme d'échange de seringues du centre-sud de Montréal (PES) (37,5 %), à la Cohorte Saint-Luc du CHUM (28,4 %), aux services de désintoxication et de récupération du Centre Dollard-Cormier (12,7 %), aux hôpitaux du CHUM (10,8 %) et à d'autres ressources (3,9 %).

Questionnaires et tests empiriques

Ces 102 sujets ont complété quatre questionnaires (appendice 4) : un questionnaire sociodémographique, l'Inventaire de personnalité narcissique (IPN), les échelles *Responsability* (Re), *Socialization* (So), *Self control* (Sc) et *Good impression* (Gi) du *California Psychological Inventory* (CPI) ainsi que le questionnaire *HIV Risk Taking Behavior Scale* (HRBS).

1. Inventaire de personnalité narcissique (IPN)

L'Inventaire de personnalité narcissique de Raskin et Hall (1979) est un test empirique qui mesure la face manifeste du narcissisme, c'est-à-dire les comportements reflétant la grandiosité, l'agressivité, l'exhibitionnisme, l'indépendance et le manque d'empathie. Ce test a été maintes fois validé avec d'autres échelles de personnalité et la version française a été effectuée par Houle et Achille de l'Université de Montréal.

Ce questionnaire a été construit avec l'objectif d'explorer les différences individuelles quant aux traits narcissiques dans une population normale. Depuis, ce test a fait l'objet de nombreuses études sur des populations pathologiques. Le test-retest ainsi que la fidélité par bissection (*split-half*) de cette échelle est de 0,72 et 0,80 respectivement (Raskin et Hall, 1979, 1981). Les 54 items originaux ont une consistance interne élevée ($\alpha=0,80$ à $0,86$). Raskin et Terry (1988) ont éliminé 14 items. Selon ces auteurs, les fortes associations entre les 40 items et les 54 items originaux (0,98) et les autres mesures de traits de personnalité nous incitent à penser que ce test mesure bien le narcissisme. Ces items ont ensuite été regroupés en quatre dimensions par Emmon (1984) : Exploitation / droits présumés ($\alpha=0,74$), Leadership / autorité (0,79), Supériorité / arrogance (0,69) et Centration sur soi et admiration de soi (0,69).

2. Les échelles du *California Psychological Inventory (CPI)*

Les échelles Re, So, Sc et Gi du CPI mesurent l'intériorisation des normes et des valeurs sociales, la conformité, les capacités de contenir les émotions et les comportements et le désir de faire bonne impression. Les personnes ayant des scores faibles à ces échelles manifestent des difficultés de contrôle pulsionnel et de contenance face à des émotions et des sentiments intenses, elles résistent aux règles et ont énormément de difficultés à se conformer socialement et insistent pour se sentir libre indépendamment des frictions occasionnées dans leurs relations (Gough, 1987). Elles présentent donc un faible contrôle des pulsions intenses qui les habitent, ont tendance à s'exprimer au détriment des autres et n'adhèrent pas aux normes et aux valeurs sociales. Les coefficients de consistance interne de chacune des échelles, Re, So, Sc et Gi, sont de 0,71, 0,71, 0,80 et 0,77 respectivement et la fidélité test-retest est de 0,67, 0,74, 0,68, et de 0,72 (N=400) (Gough, 1987). Ce test psychométrique a été traduit en français sous le titre « Inventaire psychologique de l'Université de Californie » par l'Institut de Recherches psychologiques de Montréal avec la collaboration de Jean-Marc Chevrier (1989).

3. Le *HIV Risk Taking Behavior Scale (HRBS)*

Le *HIV Risk Taking Behavior Scale* de Darke et al. (1991) comprend 11 items mesurant les comportements d'injection et sexuels à risque de transmission du VIH/sida. Ces items regroupent des questions sur la fréquence d'injection, le nombre d'échanges de seringues usagées ainsi que le nombre de partenaires

d'injection, le nombre de partenaires sexuels et l'usage de condom. Chacun des items est calculé entre 0 et 5, le plus haut score représente un degré élevé de risque de contracter le virus du VIH/sida. Ces comportements sont rapportés par les sujets sur une période de trente jours afin de favoriser un meilleur rappel. Tel que mesuré par Darke et al. (1991) sur un échantillon de 175 usagers d'opiacés par injection, le coefficient de Cronbach est de 0,70. La corrélation test-retest effectuée à un intervalle de sept jours est de 0,86.

La validité et la fidélité de cette mesure reposent uniquement sur les sujets eux-mêmes, ce qui a fait l'objet de plusieurs critiques. Par ailleurs, Darke et al. (1991) rapportent un accord entre les réponses des UDI et de leurs partenaires sexuels au HRBS de 81,8 % à 100 %. Goldstein et al. (1995) ont interrogé les partenaires d'injection et concluent que les sujets UDI rapportent généralement de façon fiable leurs comportements à risque évidemment lorsqu'ils n'obtiennent pas de bénéfices ou qu'ils ne sont pas pénalisés lorsqu'ils disent la vérité. Nous avons fait la traduction de cet instrument. Ainsi, deux traducteurs indépendants ont été impliqués. L'un d'eux a traduit l'instrument de l'anglais au français et l'autre, du français à l'anglais. Les différences entre la version originale et la seconde version ont été discutées afin de s'assurer de la validité de la traduction française de cet instrument.

Données d'entrevue auprès des sujets cocaïnomanes par injection

Les 102 sujets ont aussi participé à des entrevues semi-structurées. D'une part, une entrevue visait à explorer les comportements sexuels et d'injection à risque à travers l'histoire de l'individu (ex. emprunts estimés au cours des années d'injection, utilisation du condom à vie). D'autre part, une entrevue a permis d'interroger les cocaïnomanes sur leurs comportements de consommation de drogues et d'alcool à travers les années. La partie « alcool et drogues » de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) a été l'outil privilégié. Le coefficient de concordance inter-juge concernant les scores de gravité se situe à 0,89 en moyenne pour l'ensemble des échelles dont le plus faible est de 0,84 (McLellan et al., 1980, 1985).

L'IGT, adaptation française validée de l'*Addiction Severity Index* (Bergeron et al., 1992), consiste à déterminer un score de gravité de la consommation d'alcool et de drogues, scores situés entre zéro et neuf. Zéro représente une absence de problèmes d'alcool et de drogues et neuf des problèmes nécessitant l'intervention immédiate des services d'urgence.

Afin de s'assurer d'une bonne fidélité et validité des mesures, une formation est nécessaire pour l'administration et la codification de l'IGT. Le chercheur a été formé par une spécialiste du Centre Dollard-Cormier (Nicole Hamel-Jutras). De plus, des accords inter-juges ont été effectués suite aux mesures afin de s'assurer de la fidélité et de la validité des scores de gravité attribués aux sujets

de cette recherche. Les Kappa entre le jugement du chercheur et de la spécialiste de l'IGT mentionnée antérieurement concernant les scores de gravité de la consommation d'alcool et de drogues sont respectivement de 0,79 ($p=0,000$) et de 0,68 ($p=0,000$).

De plus, 16 cocaïnomanes UDI ont été rencontrés une deuxième fois afin de participer à l'administration de deux tests projectifs, le Rorschach et le T.A.T. (*Thematic Aperception Test*). Des extraits de ces protocoles ont été utilisés dans cette thèse dans le seul but de donner une idée de l'ampleur des enjeux destructeurs chez les sujets. Des analyses de convergence projective, basées sur les conceptions structuralistes de la psychopathologie (Bergeret, 1998; Kernberg, 1975; Schafer, 1954) seront effectuées dans le cadre d'une autre étude et feront ultérieurement l'objet d'un article en soi en dehors de cette thèse.

Considérations éthiques

Chacun des sujets a été dûment informé des objectifs de la recherche et a signé un formulaire de consentement (appendice 3). Un numéro désignait l'ensemble des données le concernant afin de préserver la confidentialité. Les sujets étaient informés qu'ils pouvaient en tout temps se retirer de la recherche sans obligation de leur part. Dans le cas où des sujets se sentaient bouleversés par les thèmes abordés, présentaient une crise ou des signes de désorganisation, de pensées suicidaires ou homicides, le chercheur s'était engagé à intervenir.

Compte tenu de la population cible, les limites de la confidentialité en vertu de l'article 2 de la Charte des droits et libertés et de l'article 39 de la Loi de la protection de la jeunesse ont été clairement présentées aux sujets. Ainsi, les sujets étaient conscients que le chercheur pouvait être relevé de son secret professionnel lorsqu'une personne présentait un danger pour elle-même ou pour les autres (dangers suicidaires et homicides). De même, si la sécurité d'un enfant était compromise, les personnes responsables de la protection de la jeunesse devaient être avisées si elles n'étaient pas déjà concernées.

La question de la protection du partenaire sexuel ou d'injection d'un participant séropositif est une question éthique controversée. Dans ce contexte, aucun consensus n'est admis présentement. Par ailleurs, la tendance adoptée par l'Ordre des psychologues du Québec est de préserver la confidentialité du participant séropositif même s'il représente un danger pour ses partenaires sexuels ou d'injection puisque le dévoilement d'un tel statut a de nombreuses conséquences négatives. Évidemment, si la personne adopte des comportements à risque pour les autres, le chercheur avait le devoir de les en informer.

Durant cette recherche, aucune situation d'urgence de cet ordre n'a eu lieu. Cependant, certaines personnes ont été conduites à l'urgence pour des problèmes de santé physique ou référées à des organismes spécialisés en toxicomanie, en VIH/sida ou en santé mentale.

Hypothèses de la recherche

L'ensemble des données ainsi recueillies vise à vérifier les hypothèses concernant l'hétérogénéité de l'échantillon quant aux risques ainsi que l'implication des traits narcissiques et des enjeux de contrôle pulsionnel et d'intériorisation des normes et des valeurs sociales dans la prise de risques chez les cocaïnomanes UDI. En supposant des différences quant aux risques dans cet échantillon, les cocaïnomanes UDI très à risque (TR), tels que classés à partir du HRBS et de l'entrevue, auront un score significativement plus élevé au IPN et un score significativement plus faible aux échelles du CPI que les cocaïnomanes peu à risque (PR).

Analyses statistiques

Compte tenu d'une différence entre les cocaïnomanes recrutés, les moyennes des groupes contrastés (TR et PR) sur les échelles du CPI ont été comparées en utilisant le test t de Student et les moyennes au IPN ont été comparées, pour leur part, à partir du test Mann-Whitney U puisque les données sont non paramétriques. Des tests de Khi carré (Pearson Chi-Square (χ^2)) ont permis d'étudier les liens entre les variables nominales et les risques reliés aux emprunts de seringues usagées. Des tests de Levene ont permis de s'assurer de l'homogénéité des variances. Enfin, des Kappa ont été utilisés pour mesurer les correspondances entre plusieurs juges à l'IGT et aux classements des sujets dans les groupes TR et PR.

À noter que cinq questionnaires ont été rejetés des analyses statistiques puisqu'ils présentaient des différences qualitatives importantes par rapport aux autres sujets (voir p. 114). Douze questionnaires incomplets ont également été retirés des analyses. L'échantillon global comprend ainsi 85 sujets cocaïnomanes par injection. De cet échantillon, 11 protocoles représentaient des sujets adoptant des comportements à risque moyen et ont été retirés de l'analyse de groupes contrastés, c'est-à-dire les groupes très à risque (N=27) et peu à risque (N=47) d'infections virales (N total=74).

Résultats

Données quantitatives concernant les risques d'infections virales

1. Caractéristiques générales de l'échantillon

Les hommes utilisateurs de cocaïne par injection de l'échantillon dont les caractéristiques ont été utilisées pour les études statistiques (N=74) sont âgés en moyenne de 36 ans. Ces personnes ont consommé de la cocaïne pour la première fois en moyenne à l'âge de 19,4 ans. À noter que certains ont fait usage de cocaïne dès l'âge de 13 ans. Le début de la consommation régulière de cocaïne, c'est-à-dire au moins trois fois par semaine, varie entre 13 et 35 ans avec une moyenne d'âge de 22,3 ans. Ces personnes consomment depuis 11,4 ans en moyenne. Le nombre d'année de consommation de cocaïne varie entre un et 27 ans.

De ces consommateurs, 33 % sont atteints du VIH/sida et 60,8 % sont infectés des hépatites (B ou C). Parmi les sujets cocaïnomanes UDI recrutés, 82,4 % sont célibataires, 89,4 % sont assistés sociaux et 20,3 % n'ont que des études primaires alors que 71,6 % ont fait des études secondaires. Seulement, 10,6 % occupent un emploi ou font des études.

Parmi les 102 sujets initiaux, plusieurs ont consommé ou consomment régulièrement du cannabis (81 %), de l'alcool (80 %), des anxiolytiques (51 %), des hallucinogènes (47 %), de l'héroïne injectée (39 %) ou d'autres opiacés (24 %) ainsi que des inhalants (21 %). Ces données illustrent la prédominance des problèmes de polytoxicomanie chez cette population.

2. Comportements d'injection

À partir de l'analyse des données d'entrevue, quatre groupes se distinguent a posteriori en regard de leurs comportements d'injection de drogues. Le nombre d'emprunts à vie de matériel d'injection tel qu'estimé par les sujets et le nombre d'années d'injection sont les deux critères principaux qui ont permis de distinguer les groupes. Ainsi, malgré leur consommation commune de cocaïne par injection, les cocaïnomanes recrutés se distinguent quant aux risques liés aux injections. Certains sont piégés dans une dynamique de risque répétitive (groupe très à risque (TR)), d'autres, contiennent mieux leurs comportements et se protègent davantage des infections virales (groupe peu à risque (PR)).

2.1. Groupe très à risque (TR) : emprunt de matériel d'injection

Les cocaïnomanes les plus à risque de l'échantillon (N=27) ont emprunté volontairement sur une base régulière le matériel d'injection d'autres usagers. Ces sujets TR ont emprunté au minimum plus de 50 fois les seringues d'autres UDI au cours de leurs années d'injection ou un minimum de quatre fois par année. La majorité des sujets de ce groupe ont pris d'énormes risques et les chiffres présentés précédemment ne représentent que des critères minimaux. Par exemple, un homme mentionne avoir pris des risques incalculables de façon quotidienne pendant de nombreuses années. Un jeune a emprunté des seringues plus de 200 fois, selon son estimation, à l'intérieur de deux années d'injection.

Plusieurs sujets de ce groupe ont échangé des seringues avec des personnes UDI en sachant qu'elles étaient infectées du VIH/sida ou des hépatites ou encore, avec des personnes dont ils ne connaissaient absolument pas l'état sérologique et hépatique. Certains ont pris des seringues usagées dans les rues ou les bacs de récupération. Plusieurs cocaïnomanes infectés de ce groupe ont emprunté les seringues usagées d'autres UDI malgré les risques de réinfection de souches plus résistantes du VIH.

2.2. Groupe peu à risque (PR) : emprunt de matériel d'injection

Pour leur part, les cocaïnomanes peu à risque de l'échantillon (N=47) ont emprunté au plus 20 fois les seringues usagées d'autres UDI. Bien que ces sujets aient été à risque, la prise de risque n'est pas répétitive ou intégrée à une

dynamique dans le temps. Les sujets PR rapportent des emprunts de seringues usagées accidentels, avoir pris des risques dans les années antérieures au VIH/sida ou encore n'avoir jamais emprunté. Plusieurs mentionnent prendre une seringue stérile à chaque injection, casser leurs aiguilles après utilisation, marquer leur seringue afin de les reconnaître ou se procurer des boîtes de seringues aux PES. La grande majorité des sujets de ce groupe ont emprunté moins de dix fois à travers leurs années d'injection et ont pris des risques moins de deux fois par année. Par exemple, un homme rapporte deux emprunts en neuf ans d'injection. Un autre n'a jamais utilisé la seringue d'autres UDI, étant effrayé de contracter des infections.

2.3. Groupe moyennement à risque et sujets d'exception

Onze sujets ont été éliminés puisqu'ils se situent entre les deux groupes contrastés, TR et PR, quant aux risques. Cinq sujets représentaient qualitativement des distinctions quant à leur rapport aux risques. Ces derniers ont emprunté (5 à 10 fois) délibérément la seringue de personnes infectées sans que ce type de risque considérable ne se soit répété et ne soit intégré à une dynamique de prise de risque. Ils mentionnent que ces risques ont été pris dans des périodes particulièrement difficiles et circonscrites de leur vie (ex. troubles psychiatriques, période dite « dépressive », rupture amoureuse). L'un d'entre eux était convaincu d'être déjà infecté. Il était difficile de les situer à l'intérieur des deux groupes à l'étude puisqu'ils n'étaient ni peu à risque, ni dans une dynamique répétée de prise de risque.

Les analyses statistiques de cette étude définissent les différences entre les deux groupes contrastés (très à risque (TR) et peu à risque (PR)) en regard des risques d'infections virales liés à l'emprunt de matériel d'injection.

La variable « comportements d'injection » est à deux niveaux, très à risque et peu à risque. Le classement des sujets à l'intérieur des groupes a été effectué à partir des données d'entrevue et refait après un intervalle de trois mois par le même juge afin de vérifier la fidélité dans le temps de ce type de classement. Le Kappa est de 0,84 ($p=0,000$). Le Kappa concernant les accords inter-juges sur la variable « comportements d'injection » est de 0,86 ($p=0,000$). Ces accords ont été effectués entre le chercheur et une personne connaissant le domaine de la toxicomanie et des risques d'injection.

Contrairement à ce qui était prévu, les sujets n'ont pas été divisés à partir des scores du HRBS. Ce test est limité par la mesure des risques dans les trente derniers jours. Ainsi, certains sujets très à risque dans l'ensemble de leurs années d'injection n'avaient pas un score élevé au HRBS. De plus, certains sujets avaient un score plus élevé que d'autres mais n'étaient pas plus à risque. Ils avaient un score élevé en raison du nombre élevé d'injection et de partenaires sexuels. Donc, les groupes ont été divisés sur la base des données d'entrevue.

3. Facteurs psychosociaux et sociodémographiques

L'âge, les statuts relationnels et socioéconomiques (aide sociale, chômage, travail) et les années d'études ne sont pas des variables significatives quant aux risques d'emprunt du matériel d'injection. L'orientation sexuelle n'est pas, non plus, une variable significative. Autrement dit, les cocaïnomanes UDI homosexuels de cet échantillon (13,5 %) n'ont ni plus, ni moins de comportements à risque, autant en regard de leur sexualité ($p=0,267$) que de leurs conduites d'injection ($p=0,349$), que les cocaïnomanes UDI hétérosexuels de l'échantillon (75,7 %) (Tableau I et II).

37 % des sujets ont déjà pris des médicaments tels que des antipsychotiques, des antidépresseurs, des anxiolytiques ou des stabilisateurs de l'humeur. Parmi ces sujets, 27 % ont suivi leur prescription pendant au moins six mois et le nombre d'années d'utilisation moyen est de 3,7 ans. Les sujets TR et PR ne sont pas significativement différents à l'égard des prescriptions de médicaments ($p=0,319$) (Tableau I).

Le pourcentage de sujets qui ont attenté à leur vie est inquiétant. Parmi les sujets ayant répondu aux questions concernant le suicide ($N=85$), 61,2 % ont commis une ou plusieurs tentatives de suicide avec une moyenne de 2,8 par personne. Par ailleurs, les sujets TR ne sont pas significativement différents des sujets PR en regard des tentatives suicidaires ($p=0,701$) (Tableau I). Plusieurs mentionnent que le découragement, l'impuissance et l'épuisement reliés à la

consommation de drogues les ont conduits à des comportements suicidaires.

Les nombreuses dettes accumulées, la perte de logement et de travail, les rechutes et les problèmes de justice sont les facteurs cités.

Les pertes telles les ruptures amoureuses, les décès, la séparation d'un enfant sont aussi mentionnées comme des événements déclencheurs. Les conflits familiaux, les problèmes de santé mentale et de santé physique, particulièrement le sida et l'isolement social sont également des facteurs de risque soulignés par les sujets. Plusieurs ajoutent être peu fiers d'eux, se sentir comme une « nuisance » et être découragés du mal qu'ils font aux autres.

Tableau I. Facteurs psychosociaux et sociodémographiques

	N=74	Groupe TR N=27	Groupe PR N=47	Tests	P
Âge	36,0	36,1	35,9	Test t	0,861
Célibataires	82,4 %	81,5 %	83,0 %	Khi carré	0,315
B.E.S./Chômage	89,4 %	91,3 %	88,4 %	Khi carré	0,932
Études primaires	20,3 %	22,2 %	19,1 %	Khi carré	0,237
Études secondaires	71,6 %	63,0 %	76,6 %		
Hétérosexuels	75,7 %	81,5 %	72,3 %	Khi carré	0,349
Homosexuels	13,5 %	18,5 %	27,7 %		
Médications	37,0 %	29,6 %	41,3 %	Khi carré	0,319
Agirs suicidaires	59,5 %	59,3 %	59,6 %	Khi carré	0,701

Tableau II. Comportements sexuels à risque et orientation sexuelle

Orientation sexuelle		Comportements sexuels à risque		Total
		Très à risque	Peu à risque	
Hétérosexuels	N	34	22	56
	% à l'int. var. orientation	60,7 %	39,3 %	100,0 %
	% à l'int. var. compt. sex.	82,9 %	66,7 %	75,7 %
Homosexuels	N	4	6	10
	% à l'int. var. orientation	40,0 %	60,0 %	100,0 %
	% à l'int. var. compt. sex.	9,8 %	18,2 %	13,5 %
Bisexuels	N	3	5	8
	% à l'int. var. orientation	37,5 %	62,5 %	100,0 %
	% à l'int. var. compt. sex.	7,3 %	15,2 %	10,8 %
Total	N	41	33	74
	% à l'int. var. orientation	55,4 %	44,6 %	100,0 %
	% à l'int. var. compt. sex.	100,0 %	100,0 %	100,0 %

	Valeur	Df	P
Khi carré	2,637	2	0,267

4. Taux d'infections virales (VIH et hépatites B et C)

Les sujets TR (N=27) ont un score significativement plus élevé au *HIV Risk Taking Behavior Scale* (HRBS) ($t=3,11$; $p=0,003$). C'est dire que les cocaïnomanes à risque sur l'ensemble de leurs années d'injection sont également à risque d'infections virales dans les trente derniers jours. Les sujets TR sont aussi significativement plus à risque sexuellement ($\chi^2=11,70$; $p=0,001$) et sont significativement plus infectés du VIH/sida ($\chi^2=17,10$; $p=0,000$) et des hépatites ($\chi^2=7,11$; $p=0,029$) que les sujets PR. Les connaissances concernant les risques d'infections virales ($p=0,891$) et la fréquence des consultations

auprès des PES ($p=0,617$) ne sont pas des variables significatives en regard des risques d'injection (Tableau III).

Ces résultats significatifs appuient la façon dont les sujets ont été répartis et confirment que l'échantillon représente une population hétérogène en regard du partage du matériel d'injection. La consommation de cocaïne injectée n'implique donc pas nécessairement des risques élevés d'infections virales chez tous les consommateurs. En effet, 63,5 % de l'échantillon est considéré PR en rapport au partage de matériel d'injection. Étant donné la grande désorganisation psychosociale et la gravité de la consommation de drogues et d'alcool, il est étonnant de constater que plusieurs sujets de l'échantillon sont considérés peu à risque. Si on compare à une population normale, les risques sont tout de même grands, mais entre eux, ils se distinguent. Parmi les 74 sujets des groupes TR et PR, 55,4 % sont considérés à risque sexuellement.

Tableau III. Risques et pourcentage d'infections virales chez les TR et PR

	N=74	Groupe TR N=27	Groupe PR N=47	Tests	Valeur	P
Score au HRBS	11,81	15,00	8,62	Test t	3,11	0,003
Sexualité à risque	55,4 %	81,5 %	40,4 %	Khi carré	11,70	0,001
VIH/sida positif	32,9 %	64,0 %	15,6 %	Khi carré	17,10	0,000
Hépatites	60,8 %	77,8 %	51,1 %	Khi carré	7,11	0,029
Excellentes info.	66,2 %	65,4 %	69,6 %	Khi carré		0,891
Souvent/Toujours (PES)	80,6 %	85,2 %	77,8 %	Khi carré		0,617

À partir des données d'entrevue, la variable « comportements sexuels » a été divisée en deux catégories, soit les comportements sexuels à risque et peu à risque d'infections virales et de MTS. Les sujets à risque en regard de leurs comportements sexuels ont très rarement ou jamais utilisé le condom malgré des relations sexuelles avec des partenaires occasionnel (les) ou des partenaires régulier(ères) très à risque. Certains d'entre eux ont eu des relations sexuelles non protégées à l'intérieur d'activités de prostitution ou avec des prostitués (ex. « je voyais beaucoup de prostitués et j'ai jamais utilisé de condom ... j'ai été chanceux »). Peu d'entre eux ont consulté pour des tests de MTS lorsqu'ils étaient en relation de couple plus stable. Ces sujets ont eu des relations sexuelles à risque sur une base régulière.

Par ailleurs, les sujets peu à risque ont utilisé le condom fréquemment et même toujours lors de relations sexuelles avec des partenaires occasionnel (les). La majorité a cependant cessé l'utilisation du condom lors de relations de couple stables. Certains soulignent qu'ils ne l'utilisaient pas avant l'arrivée du VIH/sida. Quelques-uns ont eu, impulsivement, quelques relations sexuelles non protégées sans que ce type de risque ne soit répétitif. Ces personnes ont été jugées peu à risque malgré ces agirs passagers.

Les Kappa concernant les accords inter-juges sur la variable « comportements sexuels » est de 0,741 ($p=0,0000$).

5. Consommation de cocaïne et d'autres drogues

Les moyennes d'âge de la première consommation de cocaïne et du début de la consommation régulière ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes TR et PR (Tableau IV). À noter que certains sujets de recherche ont commencé la consommation de cocaïne et d'autres drogues très jeunes et consomment également de multiples drogues régulièrement (voir p. 111).

Tableau IV. Âges et nombre d'années de consommation de cocaïne

Âges moyens/ cocaïne	N=74	Groupe TR N=27	Groupe PR N=47	Tests	<i>p</i>
1 ^{ère} consommation	19,4	18,67	20,06	Test t	0,253
Consommation régulière	22,3	22,26	22,28	Test t	0,990
Nombre d'années de cons.	11,4	11,41	11,45	Test t	0,982

La gravité de la consommation de drogues telle que mesurée par l'IGT illustre des problèmes considérables (cotes 6-7) chez 54,1 % de l'échantillon. Ces cotes correspondent à une consommation abusive de drogues autant dans les 30 derniers jours que sur l'ensemble des années de consommation. Habituellement, ces personnes ont également un nombre d'années de consommation extrêmes compte tenu de leur âge. Ces cotes signifient également que les sujets consomment plusieurs drogues régulièrement et cela, depuis plusieurs années. Seulement 8,1 % ont des problèmes de consommation évalués « légers » (cotes 2-3) selon les critères de l'IGT (Tableau V).

Étonnamment, la gravité de la consommation de drogues n'est pas significativement liée à l'emprunt de matériel d'injection dans cet échantillon ($p=0,975$). Ainsi, les sujets TR n'ont pas une consommation de drogues plus grave ou moins grave que les sujets PR. Selon les analyses statistiques, la proportion élevée de personnes ayant des problèmes de drogues considérables n'explique pas l'absence d'écart significatif entre les deux groupes (Tableau V).

Tableau V. Gravité de la consommation de drogues (IGT)

Gravité de la cons. de drogues		Risques liés aux injections		Total
		TR	PR	
Légère (cotes 2-3)	N	2	4	6
	% à l'int. var. gravité	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	7,4 %	8,5 %	8,1 %
Moyenne (cotes 4-5)	N	10	18	28
	% à l'int. var. gravité	35,7 %	64,3 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	37,0 %	38,3 %	37,8 %
Considérable (cotes 6-7)	N	15	25	40
	% à l'int. var. gravité	37,5 %	62,5 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	55,6 %	53,2 %	54,1 %
Total	N	27	47	74
	% à l'int. var. gravité	36,5 %	63,5 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	100,0 %	100,0 %	100,0 %

	Valeur	Df	P
Khi carré	0,051	2	0,975

Par contre, la gravité de la consommation d'alcool telle que mesurée par l'IGT est un facteur de risque important concernant l'emprunt de matériel d'injection. Les sujets qui empruntent régulièrement les seringues usagées d'autres UDI ont

une consommation d'alcool significativement plus grave que les sujets qui empruntent peu souvent les seringues d'autres UDI ($\chi^2=13,64$; $p=0,003$). En effet, 55,6 % des sujets TR ont une consommation d'alcool jugée considérable alors que 61,7 % des sujets PR n'ont pas de problèmes d'alcool. Il n'existe pas de corrélation entre les scores de gravité de la consommation de drogues et ceux de la consommation d'alcool ($p=0,135$).

Une consommation d'alcool considérable (cotes 6-7) à l'IGT représente des personnes qui consomment de l'alcool abusivement autant dans les 30 derniers jours que depuis plusieurs années. Comme pour les mesures concernant la consommation de drogues, la gravité de la consommation d'alcool représente une population qui consomme depuis un nombre d'années élevé compte tenu de leur âge (Tableau VI).

Tableau VI. Gravité de la consommation d'alcool (IGT)

Gravité de la cons. d'alcool		Risques liés aux injections		Total
		TR	PR	
Aucune (cotes 0-1)	N	10	29	39
	% à l'int. var. gravité	25,6 %	74,4 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	37,0 %	61,7 %	52,7 %
Légère (cotes 2-3)	N	2	4	6
	% à l'int. var. gravité	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	7,4 %	8,5 %	8,1 %
Moyenne (cotes 4-5)	N		6	6
	% à l'int. var. gravité		100,0 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.		12,8 %	8,1 %
Considérable (cotes 6-7)	N	15	8	23
	% à l'int. var. gravité	65,2 %	34,8 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	55,6 %	17,0 %	31,1 %
Total	N	27	47	74
	% à l'int. var. gravité	36,5 %	63,5 %	100,0 %
	% à l'int. var. risques d'inj.	100,0 %	100,0 %	100,0 %

	Valeur	Df	P
Khi carré	13,645	3	0,003

Concernant la consommation de drogues chez les UDI cocaïnomanes de l'échantillon, une tendance inquiétante est observée chez les sujets de moins de 25 ans. En plus de leur consommation de cocaïne injectée, 66,7 % s'injectent également de l'héroïne sur une base régulière tandis que 31,1 % des sujets plus âgés s'injectent ou se sont injectés de l'héroïne régulièrement. Ces jeunes sont significativement plus nombreux à consommer régulièrement de l'héroïne que les plus âgés ne l'ont fait ou ne le font encore ($\chi^2=6,77$; $p=0,009$) (Tableau VII).

Par contre, la consommation d'héroïne n'est pas un facteur lié aux risques d'emprunt du matériel d'injection dans cet échantillon ($p=0,62$).

Tableau VII. Consommation d'héroïne en rapport à l'âge (N=89)

Consommation régulière d'héroïne		ÂGE		Total
		≤ 25 ans	> 25 ans	
Absente	N	5	51	56
	% à l'int. var. cons. héro	8,9 %	91,1 %	100,0 %
	% à l'int. var. âge	33,3 %	68,9 %	62,9 %
Présente	N	10	23	33
	% à l'int. var. cons. héro	30,3 %	69,7 %	100,0 %
	% à l'int. var. âge	66,7 %	31,1 %	37,1 %
Total	N	15	74	89
	% à l'int. var. cons. héro	16,9 %	83,1 %	100,0 %
	% à l'int. var. âge	100,0 %	100, %	100,0 %

	Valeur	Df	P
Khi carré	6,770	1	0,009

6. Intégration des valeurs et des normes sociales telle que mesurée par le CPI

Les scores des sujets aux échelles *Responsability (Re)*, *Socialization (So)*, *Self Control (Sc)* et *Good Impression (Gi)* du *California Psychological Inventory (CPI)* sont tous significativement beaucoup plus faibles que les scores normalisés auprès de 1000 hommes par Gough (1987) (Tableau VIII). Ces scores ne correspondent pas aux profils invalides déterminés par Gough.

Ainsi, les cocaïnomanes UDI recrutés ont des mécanismes de contrôle sur leurs émotions et comportements plus déficients ainsi qu'une plus faible

intériorisation des normes et des valeurs sociales que la population normale. Des scores faibles aux échelles Re, So, Sc et Gi correspondent habituellement à des personnes qui ne sont pas concernées par les responsabilités et les obligations et qui éprouvent beaucoup de difficultés à se conformer. Ces sujets présenteraient aussi des émotions intenses qu'ils ont de la difficulté à contenir et insistent pour être eux-mêmes malgré les frictions occasionnées dans leurs relations. Ces personnes sont perçues habituellement par les autres comme rebelles, à la recherche de plaisirs, instables, impulsifs, irresponsables, impatientes, sensibles et malhonnêtes. Elles prennent des risques et tentent de répondre à des besoins narcissiques. Ces personnes sont, de plus, peu préoccupées par l'approbation des autres (Gough, 1987).

Tableau VIII. Scores des sujets au CPI en rapport avec la norme

	Moyennes (N=85)	Norme (N=1000)	T	Df	p
Responsibility (Re)	16,39	25	-17,44	84	0,000
Socialisation (So)	17,34	30	-21,60	84	0,000
Self control (Sc)	14,40	20	-8,053	84	0,000
Good impression (Gi)	12,76	18	-8,59	84	0,000

Ces résultats sont peu étonnants. Par contre, les groupes TR et PR ne sont pas significativement différents quant à ces échelles (Tableau IX). Ainsi, les sujets TR, bien qu'ils manifestent qualitativement moins de capacités à contenir leurs comportements destructeurs que les sujets PR, ne se différencient pas quant aux

scores du CPI. L'hypothèse émise concernant un plus grand contrôle pulsionnel et une plus grande intériorisation des normes et des valeurs sociales chez les sujets PR par rapport aux sujets TR n'est pas confirmée par les analyses statistiques telles qu'effectuées à partir des scores au CPI.

Tableau IX. Scores des sujets au CPI en rapport aux groupes TR et PR

Scores du CPI	Groupe TR N=27	Groupe PR N=47	Écarts-types	T	p
Score total	57,04	54,13	16,97	0,782	0,437
<i>Responsibility (Re)</i>	17,33	15,68	3,96	1,532	0,130
<i>Socialisation (So)</i>	18,19	17,70	5,98	0,376	0,708
<i>Self control (Sc)</i>	15,04	13,85	7,36	0,736	0,464
<i>Good impression (Gi)</i>	12,93	12,85	6,63	0,053	0,958

7. Traits narcissiques tels que mesurés par l'IPN

Le score moyen à l'*Inventaire de personnalité narcissique* (IPN) des sujets cocaïnomanes par injection de l'échantillon est significativement inférieur au score normalisé tel que mesuré par Raskin et Terry (1988) (Tableau X).

Contrairement à l'hypothèse initiale, les cocaïnomanes recrutés auraient donc des traits narcissiques moins présents que la norme.

Un score faible au IPN correspond à des personnes qui ne manifestent pas de domination sur les autres, d'exhibitionnisme, d'attitude grandiose et d'idéalisation de soi ou de recherche d'admiration des autres. Ils n'attendent pas de faveurs et de reconnaissances spéciales. Au contraire, les sujets

cocainomanes recrutés manifesteraient davantage une mauvaise estime et une dépréciation d'eux-mêmes. Les mécanismes de régulation de l'estime de soi sont effondrés. Le soi n'est pas idéalisé. Ce test mesure les traits de personnalité narcissique tels que décrits dans le DSM ³ et ne permet pas de mettre en évidence d'autres formes de pathologie du narcissisme. Les traits narcissiques au IPN, habituellement élevés chez les personnes antisociales ne sont cependant pas confirmés par cette recherche.

Tableau X. Score des sujets au IPN en rapport avec la norme

	Moyennes (N=92)	Norme	T	Df	p
Score total	12,79	15,5	-4,264	91	0,000

Aussi, les sujets TR n'ont pas un score moyen au IPN significativement différent des sujets PR (Tableau XI). L'hypothèse supposant que les sujets TR auraient des traits narcissiques plus marqués que les sujets PR n'est pas confirmée telle qu'elle a été vérifiée par les analyses des scores du IPN.

Tableau XI. Scores des sujets au IPN en rapport aux groupes TR et PR

Scores du CPI	Rang moyen Groupe TR (N=27)	Rang moyen Groupe PR (N=47)	Mann-Whitney U	p
Score total	37,91	37,27	623,5	0,902
Exploitation	38,87	36,71	597,5	0,673
Leadership	37,39	37,56	631,5	0,973
Supériorité	37,81	37,32	626,0	0,923
Centration	36,43	38,12	605,5	0,739

Les scores du CPI et du IPN chez les sujets cocaïnomanes par injection ne corrèlent pas non plus. Ces corrélations ont été mesurées par les tests Pearson et Spearman's rho (0,123 et 0,092 respectivement). Les personnes ayant un score faible au IPN n'ont pas nécessairement un score faible aux échelles du CPI. L'IPN et l'échelle Sc ont habituellement une corrélation négative (Raskin et Terry, 1988).

Données d'entrevue concernant les risques d'infections virales

1. Facteurs liés aux risques d'infections virales

Les 90 cocaïnomanes UDI recrutés ont été interrogés sur les événements ou états qui les ont amenés à emprunter la seringue d'autres usagers ou à ne pas utiliser le condom lors de relations sexuelles. Certains empruntent le matériel d'injection d'autres UDI en les sachant infectés du VIH ou d'hépatites et donc, prennent des risques considérables et délibérés. D'autres empruntent des seringues sans connaître le statut sérologique ou hépatique de leurs partenaires d'injection et sans s'en informer. Plusieurs partagent des seringues ou ne portent pas le condom, en se fiant à la parole de l'autre ou aux apparences.

Par exemple, les sujets disent : « j'évalue selon les apparences, si c'est une bonne petite fille, de bonne famille, je porte pas de condom, si c'est une pute, j'en porte », « ... de toute façon, les prostituées elles se testent souvent, elles font attention à leur santé », « j'ai échangé ma seringue avec des amis en

pensant qu'ils n'étaient pas infectés, je leur faisais confiance, alors qu'ils l'étaient », « ... les gens avec qui j'échangeais avaient l'air correct », « je pensais que c'était ceux qui n'étaient pas en santé, qui sont faibles qui attrapent ça », « je riais du sida avant, je ne savais pas que c'était grave ». Ces manifestations indiquent un déni de la réalité et de la gravité des risques.

Plusieurs mentionnent que le délai à la gratification reliée à la consommation de cocaïne est intolérable et les conduit à emprunter la seringue d'autres usagers (ex. « ta seringue est bouchée, ça presse, tu prends celle de l'autre », « trop gelé et en manque... le temps apparaît comme une éternité », « sous l'effet de la drogue et en manque, la peur s'en va et je suis plus négligent »). La cocaïne a un effet de plus courte durée que l'héroïne et ainsi, le manque se pointe plus rapidement. Il est plus difficile alors de prévoir la prochaine injection (ex. « le manque de coke, ça te lâche pas ... c'est plus dangereux sur la coke que sur l'héro », « je manque de contrôle ... la drogue m'hypnotise, c'est comme le Diable »).

La majorité des sujets TR évoquent une certaine indifférence, la gratification l'emportant sur les risques d'infections virales (ex. « je m'en fous, je trippe », « je m'en câlissais de prendre des risques, tout ce qui comptait pour moi, c'était le hit »). La quête de plaisir immédiat prime sur les dangers. Aussi, selon les sujets consultés, l'utilisation du condom n'est pas au premier plan puisqu'il entrave le plaisir sexuel même si les risques sont énormes.

D'autres expriment un défaitisme et une grande détresse (ex. « je m'en fous ben raide à cause que je sais que je suis infecté, je l'ai déjà, mourir avant ou après », « je peux pas mourir plus vite que ce que je consomme, je vais mourir de la drogue de toute façon », « je pense même plus aux risques, ça sert à quoi, ça prendrait une raison de vivre », « je cherche à me détruire, je sais que je vais me tuer », « je suis conscient des risques, ça me dérange pas, c'est un suicide déguisé »). Certains d'entre eux expriment le cercle vicieux du risque. Ils se disent que mourir du sida ou de la drogue, peu importe et ils prennent alors des risques qui les amènent à croire qu'ils sont de toute façon infectés. La croyance d'être infecté perpétue la prise de risque.

Certains sujets qui apprennent qu'ils sont infectés du VIH/sida réagissent d'abord en se disant que « ça ne vaut plus la peine » et ensuite, ils commencent à s'inquiéter pour leur vie et à prendre graduellement moins de risques. L'adaptation et l'acceptation face au diagnostic de séropositivité ou d'infection hépatique semblent primordiales dans la diminution de la prise de risques (ex. « dans ma tête, c'était fini, une semaine de plus ou de moins à vivre, jusqu'à ce que je réalise que non, je pouvais vivre encore longtemps, ce que j'ai réalisé au contact d'autres personnes infectées »).

Les circonstances entourant la consommation de cocaïne et l'utilisation des programmes d'échange de seringues (PES) sont également des facteurs évoqués. Par exemple, certains soulignent les difficultés à se rendre aux PES

soit parce qu'ils sont trop intoxiqués, honteux ou présentent des symptômes paranoïdes⁴ provoquant la peur de sortir, soit parce que les PES sont fermés ou trop loin ou encore qu'ils n'ont pas d'argent pour acheter des seringues dans les pharmacies. L'accès à du matériel stérile d'injection doit être à portée de main pour qu'ils se protègent, disent-ils (ex. « y avait pas de condom disponible », « j'étais trop intoxiqué pour penser à me protéger », « je suis poigné pour acheter des seringues, là j'échange », « je partais sur une galère, je voyais des seringues dans les piqueries, je me cassais pas la tête, j'en prenais »).

Les « rinces », c'est-à-dire la récupération de la cocaïne dans la seringue d'un autre par l'ajout d'eau, sont souvent mentionnés comme facteurs de risque. Plusieurs soulignent leur difficulté à prévoir le nombre de seringues dont ils auront besoin (ex. « c'est difficile de prévoir les seringues parce que ça dépend de la quantité de coke que j'aurais »). Un sujet, ayant le souhait de diminuer sa consommation de drogues, se procurait moins de seringues que ce dont il avait besoin en réalité. À cela s'ajoutent les accidents et les erreurs qui se produisent forcément.

1.1. Cas type d'un cocaïnomane UDI très à risque : Monsieur X

X est un homme cocaïnomane et héroïnomane UDI dans la vingtaine. Il s'injecte régulièrement ces deux drogues depuis l'âge de 16 ans en plus d'une consommation problématique de cannabis, d'alcool et de PCP. Il a appris qu'il était séropositif et atteint de l'hépatite C récemment.

X rapporte 20 hospitalisations suite à des surdoses et a fait une tentative de suicide. Malgré de bonnes connaissances concernant les risques, il a échangé régulièrement des seringues tout au long de ses années d'injection. Il a emprunté des seringues plus de 500 fois avec des UDI infectés ou dont il ne connaissait pas le statut. Il se dit indifférent aux dangers particulièrement lors de « craving ». Il n'utilise le condom qu'avec des prostituées ou des personnes « louches », dit-il.

Ce jeune homme porte sur son corps les marques des enjeux destructeurs qui l'habitent. Il est tatoué au visage, au bras, au cou et il est percé à différents endroits par des aiguilles, des anneaux et des pièces mécaniques (ex. clous). Aux Rorschach et TAT, la mort, le sang et la persécution sont des thèmes dominants (ex. « ... le corps d'une femme pas de tête, coupée avec le sang », « sa mère va mourir », « son père est mort », « c'est un meurtre »). X lutte contre l'angoisse suscitée par des mécanismes de type maniaque, entre autres (ex. rires nombreux, humour, « ... perd beaucoup de sang, est entre la vie et la mort et l'autre y envoie des ondes positives pour qu'il le sauve »).

2. Facteurs de protection face aux risques d'infections virales

Infectés ou non, les cocaïnomanes ayant adopté des comportements sexuels et d'injection sécuritaires prévoient de façon plus réaliste le nombre de seringues

dont ils auront besoin et ont davantage tendance à se tester avant de cesser l'utilisation du condom à l'intérieur de relations stables.

Ils seraient ainsi plus en contact avec la réalité de leur consommation de drogues et des risques sexuels et d'injection (ex. « j'ai mes affaires et j'ai ça en grosse quantité », « chacun est sur son territoire avec son matériel à lui », « je prends deux boîtes de seringues à chaque fois à Spectre et un bac de récupération », « je prends toujours une seringue neuve »). Certains manifestent l'espoir de s'en sortir et craignent la maladie (ex. « je protège mon avenir parce que je crois que c'est possible d'arrêter de consommer », « j'ai tellement peur du sida que je me protège vraiment »). Les personnes infectées de ce groupe ont adopté des comportements sécuritaires suite à une période d'adaptation face au diagnostic de séropositivité. Souvent, cette période est décrite comme une période assez destructrice où ils n'ont plus l'espoir de s'en sortir pour ensuite, développer un désir de vivre et de se protéger.

2.1. Cas type d'un cocaïnomane UDI peu à risque : Monsieur Y

Y est un homme de 33 ans s'injectant de la cocaïne depuis l'âge de 22 ans en plus d'une consommation régulière de cannabis depuis l'âge de 13 ans. Il n'a jamais été abstinent, est infecté par l'hépatite C et a fait six tentatives de suicide. Il n'a jamais emprunté volontairement les seringues d'autres UDI mais estime avoir procédé à 10 à 15 échanges accidentels lors d'une période d'intense consommation de drogues. Il n'échange plus

actuellement et utilise le condom. Il a échappé à cette habitude de porter le condom à deux ou trois reprises, dit-il.

Y a consulté en psychiatrie suite à des symptômes paranoïdes et dépressifs. Aux Rorschach et TAT, les angoisses persécutrices sont palpables. Des figures maléfiques et démoniaques sont omniprésentes (ex. « un soldat de la mort », « un œil avec le mal ... le mal, la méchanceté », « ça ressemble au Diable », « c'est un démon »). Les mécanismes défensifs sont fragiles dans la lutte contre l'angoisse. Par exemple, à la planche II du Rorschach, le « bonhomme juste pour rire » est beau pour séduire et devient laid et maléfique comme les démons au fur et à mesure qu'il décrit sa projection. Le morcellement est présent (ex. « têtes coupées en deux », « le tronc de chaque homme coupé, c'est un peu morbide ») ainsi que les affects dépressifs (ex. « ça représente le suicide, c'est la mort », « la personne est triste, est déprimée, est défaite », « c'est un enfant dans un monde d'adulte, pis il est tout seul, pis il est abandonné », « il regrette ce qu'il a fait, il a un instinct de mal et réalise combien il a pu être méchant »).

Les extraits des protocoles du Rorschach et du TAT illustrent que ces deux personnes bien que distinctes quant aux risques sont toutes deux menacées par une grande destructivité interne. Or, l'un s'en défend en adoptant des mécanismes propres au pôle maniaque et défie la mort davantage (X), l'autre se situe nettement dans un pôle plus dépressif et suicidaire (Y).

Discussion

Les cocaïnomanes UDI recrutés pour cette recherche se distinguent qualitativement quant aux risques d'emprunt de matériel d'injection. Cela indique nettement que nous avons affaire à une population hétérogène. La consommation de cocaïne injectée n'implique pas nécessairement des risques considérables quant à l'emprunt de matériel d'injection à d'autres UDI. Effectivement, 63,5 % de l'échantillon est considéré peu à risque. Cette distinction est appuyée par des résultats quantitatifs significatifs. En effet, les cocaïnomanes UDI TR sont significativement plus susceptibles d'emprunter le matériel d'injection à d'autres UDI dans le dernier mois (HRBS), sont significativement plus à risque sexuellement, et sont significativement plus infectés du VIH/sida et des hépatites que les cocaïnomanes UDI PR.

Cette réalité est indépendante de l'âge, des âges relatifs à la consommation de cocaïne, des statuts occupationnel et relationnel, de l'éducation, du niveau de connaissance des risques d'infections virales, de l'orientation sexuelle, de la fréquentation des PES, des antécédents suicidaires, de la consommation d'autres drogues de même que de la gravité de cette consommation (IGT). En effet, étonnamment, les sujets TR n'ont pas une consommation plus grave de drogues que les sujets PR.

Toutefois, la gravité de la consommation d'alcool (IGT) est un facteur lié à l'emprunt de matériel d'injection. Les cocaïnomanes TR de l'échantillon ont une consommation d'alcool significativement plus grave que les cocaïnomanes PR. La consommation abusive d'alcool prédispose donc les cocaïnomanes à l'emprunt de seringues à d'autres UDI et les expose à des dangers considérables d'infection au VIH/sida et aux hépatites. La désinhibition, l'altération des fonctions cognitives supérieures associées à la consommation d'alcool expliqueraient la vulnérabilité aux risques d'emprunt de matériel d'injection.

Contrairement aux hypothèses initiales, les sujets TR et PR ne se distinguent pas significativement quant au contrôle pulsionnel, à l'intériorisation des normes et des valeurs sociales ni quant aux traits de personnalité narcissique. Toutefois, les données concernant l'ensemble des personnes cocaïnomanes UDI recrutées illustrent l'échec des mécanismes de contrôle pulsionnel et comportementaux et un manque d'intériorisation des normes et des valeurs sociales par rapport à la population normale. De plus, le score faible de IPN illustrerait fort probablement un effondrement narcissique. Les mécanismes de défense compensatoires face à un sentiment de vide et d'infériorité (Kernberg, 1975) seraient déficients. Les extraits des protocoles du Rorschach et du TAT suggèrent un effondrement psychique également. Les mécanismes de défense face à des contenus persécuteurs, destructeurs et morbides tiennent peu et les concepts illustrent une image de soi dévalorisée, « détruite ». Des analyses ultérieures permettront de construire des hypothèses plus robustes.

La prévalence des agirs suicidaires est également inquiétante. Elle illustre l'effondrement psychique des sujets de cette étude. En effet, 61,2 % des sujets étudiés ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Ces agirs suicidaires montrent leur difficulté importante à contenir les affects dépressifs et les frustrations qu'ils ont tendance à évacuer dans le suicide ou la drogue. D'ailleurs, ils refusent la réalité. Ils refusent les dangers de mort, la réalité sociale et ce qu'elle implique de normes et de valeurs. Ils se fient aux apparences ce qui est une forme de déni de la réalité.

À première vue, plusieurs UDI de l'échantillon se montrent indifférents aux dangers qu'ils courent tel que Bibeau et Perreault, 1995 l'ont observé dans leur investigation des toxicomanes du quartier Hochelaga-Maisonneuve. Cette indifférence ne serait qu'apparente puisqu'ils rapportent des inquiétudes intenses face aux dangers de mort concrets. Certains des sujets consultés, en effet, se ressaisissent et adoptent des comportements sécuritaires dans ces circonstances. Face aux dangers de mort concrets, la pulsion de vie ressurgit ce que Bibeau et Perreault (1995) ont nommé le paradoxe du sida.

Les sujets TR semblent également sous une emprise plus grande de la consommation. Indépendamment de la gravité de leur toxicomanie, la relation à l'objet drogue est nettement décrite comme un mauvais sort (ex. « la drogue m'hypnotise, c'est comme le Diable », « le manque de coke, ça te lâche pas »,

« tout ce qui comptait pour moi, c'était le hit »). Ils sont souvent aux prises avec un cercle vicieux qui leur fait dire « peu importe, mourir du sida ou de la drogue », ce qui les conduit à prendre des risques. Suite à ces risques, ils se croient définitivement infectés et prennent alors à nouveau des risques, ce qui perpétue le cercle vicieux. Les sujets PR ont planifié davantage leur consommation comme s'ils étaient moins obnubilés par la drogue (ex. « chacun son territoire d'injection avec son matériel à lui », « je prends le nombre de seringues dont j'ai besoin »).

La consommation d'héroïne injectée chez les jeunes de moins de 25 ans, bien qu'elle ne soit pas un facteur lié à l'emprunt de matériel d'injection dans l'échantillon, porte à croire qu'il y a là une tendance vers une plus grande régression des agirs toxicomaniaques. En effet, ces jeunes s'injectent de la cocaïne, de l'héroïne, même parfois simultanément (*speedball*), du PCP injecté et vivent dans une désorganisation sociale extrême (ex. « *squeegee* », « squatter »). Les objets-drogues sont indifférenciés et ils traitent leur corps comme un « objet dépotoir », récipient de toutes sortes de cocktails dangereux. Cela indique à quel point leur autodestruction est inquiétante et frôle la limite de la mort. De plus, auparavant, les cultures héroïnomanes et cocaïnomanes se distinguaient. Maintenant, tout laisse croire à une plus grande indifférenciation des identités toxicomanes, illustration d'une régression vers des stades d'indifférenciation. De plus, les recherches de Friedman et al. (1991) ont montré que la consommation de cocaïne chez les héroïnomanes se pose en

obstacle à l'efficacité des programmes de méthadone. La toxicomanie se complexifie. Elle induit une plus grande régression chez les sujets et demandera un ajustement des programmes d'intervention et de prévention.

Ces résultats s'appliquent aux personnes cocaïnomanes de Montréal consultant les ressources à bas seuil d'exigence. La grande majorité de l'échantillon a été recrutée à Spectre de rue, programme d'échange de seringues, et à la Cohorte Saint-Luc du CHUM. Ces deux sites rejoignent les personnes toxicomanes les plus désorganisées socialement. Des études futures permettraient de vérifier si ces résultats s'appliquent à des cocaïnomanes plus intégrés socialement. Les personnes cocaïnomanes plus intégrés socialement vivent peut-être moins de détresse sociale et psychique que ceux qui ont été rencontrés dans le cadre de cette étude.

Les tests utilisés, le *California Psychological Inventory* et l'Inventaire de personnalité narcissique, présentent également de grandes limites dans la vérification des hypothèses initiales. Soit ils ne sont pas suffisamment discriminants pour distinguer des populations semblables, soit les sujets TR et PR ne se distinguent pas dans la réalité sur ces variables. Des analyses qualitatives basées sur des entretiens ou des protocoles d'épreuves projectives semblent plus appropriées d'autant plus que les sujets désirent faire connaître leur univers et qu'ils véhiculent, malgré leurs nombreuses difficultés, des symboles intéressants (ex. tatouages, poèmes).

Conclusion

Les cocaïnomanes UDI se distinguent quant aux risques de partage de matériel d'injection. Toute chose étant relative, 63,5 % des cocaïnomanes UDI consultés peuvent être considérés comme peu à risque. Cette réalité nous permettra, dans l'avenir, d'explorer l'univers de ces personnes peu à risque afin d'identifier les facteurs de protection, les dispositifs ou l'environnement qui leur permettent d'éviter des risques considérables.

Les autres hypothèses initiales concernant la distinction entre les UDI très à risque et peu à risque n'ont pu être confirmées. Ainsi, les sujets TR et PR ne se distinguent pas significativement quant à l'âge, aux statuts relationnel et socioéconomique, à leur connaissance des risques, à la gravité de la consommation de drogues, aux antécédents suicidaires de même qu'aux traits narcissiques, au contrôle pulsionnel et à l'intériorisation des normes et des valeurs sociales.

Cependant, les analyses illustrent des enjeux destructeurs importants et un effondrement psychique dans l'ensemble de l'échantillon. Un échec des mécanismes de contrôle des émotions et des comportements ainsi qu'un échec des mécanismes de régulation du narcissisme seraient présents chez les cocaïnomanes UDI recrutés dans les ressources à bas seuil d'exigence. La

tendance vers une toxicomanie plus régressive chez les jeunes est particulièrement inquiétante.

Face à la destruction déconcertante de ces cocaïnomanes, des mesures préventives devront tenir compte des enjeux psychiques et des multiples autres problèmes qui les envahissent, entre autres, la désorganisation sociale. Peu ont une place sociale valorisante. Ils ne travaillent pas, ne sont pas en relation de couple, sont peu scolarisés pour la grande majorité. Il sera nécessaire de nous interroger sur nos structures sociales afin de mieux freiner cette destruction.

Une attention particulière devra être portée à la surconsommation d'alcool ainsi qu'aux difficultés de planification du nombre de seringues dont un usager aura besoin quotidiennement afin de diminuer les risques d'infections virales chez les cocaïnomanes. Cette planification viserait à diminuer les sentiments de honte, à prévoir les symptômes paranoïdes sous intoxication et à aider les usagers à prendre conscience de leur réelle consommation de cocaïne.

La contribution des pairs dans la sensibilisation aux dangers et à l'adaptation lors d'un diagnostic de séropositivité est soulignée par certains consommateurs comme un facteur déterminant ayant permis de se ressaisir et de se protéger davantage.

En terminant, il est clair que sans des stratégies préventives qui tiennent compte des facteurs socioculturels et psychiques chez les cocaïnomanes, la lutte contre le VIH/sida, les hépatites, les autres MTS et l'ensemble des problématiques reliées (ex. désaffiliation sociale, marginalisation, problèmes judiciaires) sera vaine. Le toxicomane est aussi un sujet social (Castel, 1998). Des approches traitant des enjeux plus globaux de société seront nécessaires.

Références

- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L., Gendron, S., Claessens, C., Guimont, C. et al. (1998). Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Québec, Centre de santé publique de Québec, rapport de recherche.
- Alary, M., Hankins, C., Parent, R., Noël, L. et The SurvUDI Working Group. (2001). Faint light on the horizon ? Trends in HIV prevalence, incidence and needle borrowing among injection drug users participating in the survUDI study. Canadian Journal of Infectious Diseases, 12, (Suppl.B): May/June 2001, p. 55B.
- Aulagnier, P. (1979). Les destins du plaisir. Presses Universitaires de France, Paris.
- Assedo, Y. (1990). De l'angoisse à la jouissance dans les conduites de risque. Revue Française de Psychanalyse, 54, 1, 121-132.
- Bergeret, J. (1986). Toxicomanie et Personnalité. Presses Universitaires de France, Paris.
- Bergeret, J., Becache, A., Boulanger, J.J., Chartier, J.P., Dubor, P., Houser, M., Lustin, J.J. (1998). Psychologie pathologique. Théorique et clinique. Masson, Paris, 7^{ème} édition.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., Trépanier, M. (1992).

Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool. L'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Rapport présenté à La Direction générale de la planification et de l'évaluation. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. RISQ.

Bibeau, G., Perreault, M. (1995). Dérives montréalaises. Itinéraires de toxicomanes dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Montréal : Boréal, 234 p.

Bouchard, C. (1996). Permettre la citoyenneté pour prévenir l'exclusion. Cahier de recherche sociologique, 27, 9-16.

Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Désy, M., Soto, J.,

Vincelette, J. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal : results of a cohort study. American Journal of Epidemiology, 146, 12, 994-1002.

Castel, R. (1998). Les sorties de la toxicomanie. Res Socialis, Suisse, Éditions universitaires Fribourg, 296 p.

CCLAT/ACSP. (1997). Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national. Groupe de travail national présidé par HANKINS, C., Santé Canada, 44 p.

- Chaisson, R.E., Bachetti, P., Osmond, D., Brodie, B., Sande, M.A., Moss, A.R. (1989). Cocaine use and HIV Infection in intravenous drug users in San Francisco. Journal of the American Medical Association. 261.4, January 27, 561-565.
- Chevalier, S., Laurin, I. (1999). La toxicomanie à Montréal-Centre. Faits et méfaits 1999. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux. Direction de la Santé publique et Direction de la programmation et coordination.
- Cipriano, L.A. (1991). Psychoanalytic Perspectives on Substance Abuse : Implications for Treatment, Program Planning and Social Policy. Social Work in Health Care, 15, 3, 9-46.
- Côté, P. (1999). L'épidémie d'hépatite C, implications pour les UDI. In Centre québécois de coordination sur le sida (Éds), Recueil des présentations lors de la quinzième rencontre provinciale des intervenants en prévention de la transmission du VIH chez les UDI, 7 octobre 1999.
- Cottler, L.B., Compton, W.M., Abdallah, A.B., Cunningham-Williams, R., Abram, F., Fichtenbaum, C., Dotson, W. (1998). Peer-Delivered Interventions Reduce HIV Risk Behaviors among Out-of-Treatment Drug Abusers. Public Health Reports, 113, (Suppl.1), 31-41.
- Darke, S., Hall, W., Heather, N., Ward, J., Wodak, A. (1991). The reliability and validity of a scale to measure HIV risk-taking behaviour among intravenous drug users. Aids, 5, 181-185.

- Desjarlais, D.C., Friedman, S.R., Hagan, H., Paone, D., Vlahov, D. (1997).
Drug use. Aids Care, 9, 1, 53-57.
- Desjarlais, D.C., Friedman, S.R. (1988). The psychology of preventing aids
among intravenous drug users, A social learning conceptualization.
Amerian psychologist, 43, 11, 865,870
- Emmons, R.A. (1984). Narcissism: Theory and measurement. Journal of
Personality and Social Psychology, 52, 11-17.
- Friedman, S.R., Lipton, D.S. (1991). Cocaine, Aids and Intravenous Drug Use :
Editorial. In S.R. Friedman, D.S. Lipton, B. Stimmel (Éds), Cocaine,
Aids and Intravenous Drug Use. Harworth Press, New York.
- Goldstein, M.F., Friedman, S.R., Neaigus, A., Jose, B., Ildefonso, G., Curtis, R.
(1995). Self-reports of HIV risk behaviour by injecting drug users: are
they reliable ? Addiction, 90, 1097-1104.
- Gough, H.G. (1987).. Palo Alto, CA: Administrator's guide for the California
Psychological Inventory. Consulting Psychologists Press.
- Imbeau, M. (1997). Synthèse des recherches québécoises portant sur le VIH et
les utilisateurs de drogues par injection. Présentation faite lors de la
rencontre provinciale sur le monitoring des programmes d'échanges de
seringues. Montréal, octobre, 8 p.
- Institut de Recherches psychologiques (1989). Inventaire psychologique de
l'Université de Californie. Version française. Avec la collaboration de
Jean-Marc Chevrier.

- Kernberg, O. (1975). Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson.
- Krystal, H. (1978). Self-representation and the capacity for self-care. Annual of psychoanalysis, 6, 209-246.
- Kumar, M.S., Mudaliar, S., Daniels, D. (1998). Community-based outreach HIV intervention for street-recruited drug users in Madras, India. Public Health Reports, 113, (Supp.1), 58-66.
- Laberge, L. (2000). Aspects sociopolitiques de la prévention du VIH auprès des personnes consommant des drogues par injection. NPS, 13, 1, 153-172.
- Lahaie, C. (2002). Vers un réseau de soins intégrés pour la clientèle toxicomane atteinte du VIH/sida. L'Infirmière du Québec, 9, 6, 27-38. Juillet/août 2002.
- Léonard, L., Ben Amar, M. (2000). Classification, caractéristiques et effets généraux des substances psychotropes. In P. Brisson (Sous la dir. de), L'usage de drogues et la toxicomanie. (pp. 121-174). Montréal : Gaëtan Morin.
- Levine, M., Toro, P.A., Perkins, D.V. (1993). Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 44, 525-558.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, C.E., O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 1, 26-33.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J.U., Griffith, J., Evans, F.L., Harriet, L.B., O'Brien, C. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. The Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 7, 412-423.
- Millson, P., Myers, T., Rankin, J., McLaughlin, B., Major, C., Mindell, W., Coates, R., Rigby, J., Strathdee, S. (1995). Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Associated Risk Behaviour in Injection Drug Users in Toronto. Canadian Journal of Public Health, 86, 3, 176-180.
- Morhain, Y. (1994). L'errance du toxicomane. Voyage entre intériorité et extériorité. L'évolution psychiatrique, 59, 3, 469-478.
- Noël, L., Cloutier, R., Tremblay, J., Parent, R. (1999). Monitoring des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec. Avril 1997 à mars 1998. Centre de santé publique de Québec.
- Olievenstein, C. (1973). Écrits sur la toxicomanie. Éditions Universitaires, Paris.
- Parazelli, M. (1996). Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais. Cahier de recherche sociologique, 27, 48-62.
- Parent, R., Alary, M., Hankins, C., Noël, L., Claessens, C., Guimont, C., Tran, T. et al. (1997). HIV among UDI : second surveillance year of the

SURVIDU network. Canadian Journal of infectious Diseases, 8, (Suppl. A), Abstract 220.

Raskin, R.N., Hall, C.S. (1979). The Narcissistic Personality Inventory. Psychological Reports, 45, 590.

Raskin, R.N., Hall, C.S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of its construct validity. Journal of Personality, 45, 159-162.

Raskin, R.N., Terry, H. (1988). A principal-Components Analysis of the Narcissistic Personality Inventory and Further Evidence of Its Construct Validity. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 5, 890-902.

Réseau Juridique Canadien VIH/SIDA. (2002/2003). L'injection de drogue et le VIH/sida. Feuille d'information 1 : L'injection de drogue et le VIH/sida : les faits, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002/2003. www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogue.htm

Rinsley, D.B. (1988). The Dipsas Revisited: Comments on Addiction and Personality. Journal of Substance Abuse Treatment, 5, 1-7.

Rouleau, D., UHRESS-CHUM NURSES TEAM et Therrien, R. (2000). HIV/AIDS Hospitalizations Profile in Downtown Montreal in 1998-99: Are IDUs Associated Conditions Taking Over. Journal of Infectious Disease, 11, (Suppl.B), mars /avril 2000, p.33B.

- Roy, E., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C., Lemire, N.
(1995). L'infection au VIH et les jeunes de la rue de Montréal. Résumés
en Colloque, Colloque : 454.
<http://www.is.mcgill.ca/ACFAS/C1016.html>
- Schafer, R. (1954). Psychoanalytic interpretation in Rorschach Testing. Grune
& Stratton, New York.
- Schneeberger, P. (2000). Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains
au Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Solal, J.F. (1990). Jouissance de l'acte et clinique de l'entracte (un traitement
possible du toxicomane). Revue Française de Psychanalyse, 1, 111-120.
- Strathdee, S.A., Patrick, D.M., Currie, S.L., Cornellisse, P.G.A., Rekart, M.,
Schechter, M.T., O'Shaughnessy, M.V. (1997). Needle exchange is not
enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. Aids, 11,
F59-F65.
- Turmel, B., Allard, R., Meunier, L., Desrochers, D., Fleurent, C. (1998). Centre
de coordination sur le sida. Surveillance des cas de sida, Québec-Cas
cumulatifs 1979-1998. Mise à jour. Montréal, Centre québécois de
coordination sur le sida, 30 juin 1998, 23 p.
- Valleur, M. (1981). Conduites ordaliques et toxicomanie. Mémoire pour le
C.E.S. de psychiatrie, Faculté de médecine Kremlin-Bicetre, Académie
de Versailles, Université Paris-Sud.
- Wolitsky, R.J., Fishbein, M., Johnson, W.D., Schnell, D.J., Esavcove, A., &
The AIDS Community Demonstration Projects. (1996). Sources of HIV

information among injecting drug users : association with gender, ethnicity and risk behaviour. Aids Care, 8, 5, 541-555.

Woodham, R.L. (1987). A self-psychological consideration in cocaine addiction. Alcoholism Treatment Quarterly, 4, 3, 41-46.

Notes de l'article 3

1. <http://www.auf.org/revues/sante/2.96/dos11.html>
2. Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
3. DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders
4. «Lors d'un usage prolongé, les sensations agréables sont graduellement remplacés par l'agitation, l'hyperexcitabilité, des troubles de sommeil et la méfiance. En cours de consommation, l'utilisateur peut devenir agressif, paranoïaque, délirant et avoir des accès psychotiques »
(Léonard et Ben Amar, 2000, p. 141)

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier les cocaïnomanes consultés d'avoir pris un temps précieux à me faire comprendre leur univers. Je remercie aussi l'équipe de Spectre de rue, celles des services de désintoxication et de récupération du Centre Dollard-Cornier, de la Cohorte Saint-Luc du CHUM et de l'UHRESS pour le recrutement des sujets de cette étude. Je tiens à souligner également la collaboration de Robert Boileau du CHUM, de mon assistant de recherche, Dominic Bugeaud, de Julie Sageau et de Nicole Hamel-Jutras qui me fut d'une grande utilité. Je suis très reconnaissante à Sylvie Gosselin, D.V.M., Ph.D., I.P.S.A.V., Vice President Research, Huntingdon Life Sciences, USA, et au département de psychologie de l'Université de Montréal de leurs soutiens financiers.

CONCLUSION

« Je vois la vie comme une grande course à relais où chacun de nous avant de tomber doit porter plus loin le défi d'être un homme » (Romain Gary, La promesse de l'aube)

Cette thèse regroupe les résultats de deux méthodes d'investigation : une enquête d'opinion auprès d'intervenants et d'utilisateurs de cocaïne injectée, fumée et prise (N=32) et une étude comparative entre un groupe de cocaïnomanes UDI très à risque (N=27) et un groupe de cocaïnomanes UDI peu à risque (N=47) en regard du partage du matériel d'injection. Les cocaïnomanes des deux échantillons se caractérisent par un état de grande désorganisation psychique et psychosociale. Ils ont été recrutés, pour la grande majorité, dans des organismes à bas seuil d'exigence habituellement fréquentés par des toxicomanes peu insérés socialement.

Ces méthodes nous ont confrontés à la grande détresse des cocaïnomanes. Les analyses des données d'entrevue, les scores du CPI et du IPN significativement plus faibles que les normes, les antécédents suicidaires, la gravité des problèmes de consommation de drogues et d'alcool et les extraits du Rorschach et du T.A.T. où les angoisses destructrices sont omniprésentes illustrent un effondrement psychique, et particulièrement, l'échec des mécanismes de contrôle et de régulation du narcissisme. Ces cocaïnomanes éprouvent des difficultés à contenir les angoisses, les délais imposés par la réalité, les difficultés liées aux responsabilités sociales et ils ont une image « détruite » d'eux-mêmes.

Les analyses indiquent également un effondrement social. Ces personnes vivent des difficultés à se loger, à se soigner et à s'insérer socialement. La rupture des

liens, la quête d'une liberté utopique et la dénonciation sociale seraient-elles une récupération narcissique de la blessure de ne pouvoir faire partie du tissu social, de ne pas avoir un sentiment d'utilité et de pouvoir social ? Nous observons, en effet, des écarts très importants entre leurs désirs d'actualisation, leurs besoins et leur réalité.

Nous sommes frappés de constater à quel point la drogue et la recherche de gratification immédiate et absolue priment sur tout; sur la vie, sur les dangers, sur leur réalité et, à la limite, sur la mort même. Il devient difficile de prévoir les dangers à long terme dans un univers psychique où l'immédiateté prime. Ainsi, les sujets consultés illustrent bien le paradoxe des toxicomanes dans leur rapport à la réalité. Ils sont conscients des dangers de mort mais la réalité est refusée, évacuée. Ces sujets sont en conflit entre la vie et la mort, la construction et la destruction d'eux-mêmes et de leurs liens avec les autres. En effet, d'une part, ils souhaitent s'affranchir, réparer et trouver un sens à leur vie, et de l'autre, ils se détruisent. Ils demandent avidement de l'aide tout en ayant beaucoup de difficulté à tolérer les frustrations inhérentes à toutes relations humaines. Tel que l'illustrent Bibeau et Perreault (1995), l'objet drogue est autant poison qu'antidote chez ces personnes. Par contre, lorsqu'ils sont confrontés à la mort concrète telle l'annonce d'un diagnostic positif de VIH/sida, la pulsion de vie reprend le dessus.

L'investissement du corps est également particulier et mériterait une exploration plus poussée. Nous constatons qu'ils traitent leur corps avec une indifférence apparente. Ils le trouent, s'injectent des cocktails dangereux, ne soignent pas leurs problèmes graves de santé physique. Leur corps devient « objet dépotoir » comme s'ils niaient la permanence des blessures et des séquelles dont leur corps est l'objet, comme si ce corps ne leur appartenait plus ou pouvait être remplaçable. La citation d'Olievenstein (1973) résume bien cette particularité : « les toxicomanes ont le sentiment ... qu'ils peuvent toujours recommencer » (Olievenstein, 1973, p. 29). Le détachement qu'ils font des souffrances du corps et de la psyché nous semble si grave qu'il s'apparente à des mécanismes presque psychotiques ou de dissociation.

Nous sommes témoins de leurs souffrances, à la limite, nous la ressentons à leur place, ce qui peut être une position difficile à tolérer. Tout se passe comme si les menaces de destruction internes provoquées par la pulsion de mort étaient projetées sur l'objet drogue qui, à son tour, est réintrojecté dans le corps, phénomène défensif que Valleur (1982) nomme la « corporisation » du conflit psychique. Le sujet ainsi se détache de son corps, lieu de souffrances. La projection d'un idéal sur la drogue est aussi présente ce qui confirme la dualité : poison/antidote.

L'érotisation du morbide, de la destruction serait également une hypothèse intéressante à investiguer chez cette population. Au Rorschach et au T.A.T.,

certains sujets rient des thèmes morbides qu'ils projettent et discutent de la mort avec fascination.

La tendance régressive des comportements toxicomaniaques chez les jeunes est particulièrement inquiétante. Plusieurs s'injectent de la cocaïne, de l'héroïne, parfois simultanément (*speedball*), et même du PCP. Ils vivent dans des conditions de vie intenables (ex. squat, itinérance, prostitution). Selon les hypothèses de Parazelli (1996), ces conditions marginales seraient une tentative d'investissement de la rue comme « espace transitionnel » réparateur. Les jeunes tenteraient ainsi de combler le manque de repères sociaux. Winnicott (1984) explique les conduites antisociales par le désir que la société réédifie le cadre qui a été brisé. Quelles sont les structures sociales actuelles permettant de répondre à ce désir de réparation, de survie ?

Nous observons qu'un cercle vicieux s'installe chez les sujets les plus à risque de l'étude. Ils se disent : « mourir du sida ou de la drogue, peu importe » et prennent alors des risques en empruntant les seringues d'autres UDI. Par la suite, ils se croient infectés et ne voient plus la pertinence de se protéger, ce qui perpétue leurs comportements sexuels et d'injection à risque d'infections virales.

La destruction se manifeste également dans leur relation à l'autre où tantôt, ils souhaitent avidement un contact, tantôt, ils détruisent les liens. Ces personnes

souffrent d'une problématique d'espace relationnel. Les enjeux socioculturels tels que les fractures du tissu social et familial, fragilisent les personnes les plus vulnérables, dont les cocaïnomanes font partie. Ces individus sont en manque d'un contenant interne leur permettant de réguler leurs pulsions et leur narcissisme et la société n'a pas de structures contenantantes à leur offrir. Où sont les structures qui instaurent des limites à la régression destructrice de ces individus? Où peuvent-ils s'actualiser? Où peuvent-ils exercer leur rôle de citoyen? Nous devons réfléchir aux enjeux sociaux qui contribuent aux régressions graves telles qu'on les observe à travers cette thèse. L'érosion du tissu communautaire, des structures familiales et du monde du travail, le culte de la performance, de la beauté et de la consommation sont des exemples de facteurs contribuant à l'effondrement des personnes les plus vulnérables de notre société.

Compte tenu de ces constatations et des multiples problèmes liées à la cocaïnomanie, il serait illusoire de croire en l'efficacité des mesures préventives axées sur la seule promotion du condom, de la distribution de seringues et sur les connaissances concernant les risques. En consultant les cocaïnomanes, il nous semble clair que le VIH/sida et les hépatites, bien que préoccupants, ne sont qu'un des dangers qu'ils courent. La violence, la désaffiliation sociale, la prostitution, les problèmes de santé physique et mentale graves (ex. abcès, pneumonie, endocardite, surdose), etc. les menacent et le VIH/sida et les hépatites ne représentent qu'une goutte d'eau dans l'océan.

Bien sûr, le VIH/sida et les hépatites sont des préoccupations médicales et sociales importantes, cependant, pour les cocaïnomanes, c'est infime compte tenu des multiples dangers qu'ils courent, qu'ils s'infligent et des menaces de destruction interne qu'ils ressentent. L'ensemble de ces problèmes se pose en obstacle à la prévention des infections virales. De plus, tel qu'observé dans cette thèse, la surconsommation d'alcool prédispose les cocaïnomanes UDI à emprunter le matériel d'injection d'autres toxicomanes. Cette variable doit être considérée dans la prévention des infections virales chez cette population.

Malheureusement, les approches médicales et épidémiologiques axées sur la distribution de seringues et de condoms tiennent peu compte de ces dynamiques complexes et de l'hétérogénéité de cette population. Les problèmes de coordination et de cohérence des services et l'absence de suivi à long terme ne favorisent pas non plus une approche intégrée et longitudinale nécessaire afin d'envisager des changements et une insertion sociale. De plus, les mesures préventives font appel à une logique étrangère à l'univers des drogués. Nous devons également être vigilants en regard des confusions possibles entre les règles de la rue et de la société afin d'éviter des agirs lors des interventions. Certains intervenants s'identifient énormément aux consommateurs de drogues (ex. valeurs, lois de la rue, etc.) et peuvent parfois perdre la distance thérapeutique nécessaire afin d'aider.

Concernant les tensions entre les partenaires du réseau de la toxicomanie, plusieurs hypothèses peuvent être émises. Les différentes approches et philosophies d'intervention, les représentations différentes du toxicomane (ex. malade, délinquant, victime de la société) mènent parfois à des orientations et des objectifs difficiles à concilier. Les tensions entre les organismes communautaires et institutionnels, entre les médecins et les autres professionnels en sont des exemples. Les enjeux économiques me semblent également non négligeables dans ce domaine où les organismes deviennent compétiteurs. Le manque de reconnaissance entre les intervenants semble une source également de tension et peut mener à des résistances et une méfiance où chacun dans son clan est en opposition avec l'autre.

De plus, les attentes parfois irréalistes envers les autres intervenants sont source de frustrations. En effet, plusieurs intervenants semblent investir les autres partenaires comme des objets idéaux. D'ailleurs, l'impuissance ressentie auprès de cette population difficile masque souvent une difficulté à renoncer à la toute-puissance thérapeutique. Est-ce que les attentes envers les autres partenaires sont réalistes ou non ? Ces conflits reliés à des idéaux thérapeutiques ne sont certainement pas propre au domaine de la toxicomanie. Cependant, les cocaïnomanes, eux-mêmes sous l'emprise d'idéaux, peuvent induire ces conflits extrêmes d'impuissance et de toute-puissance chez les intervenants. Le clivage utilisé par les toxicomanes induit aussi certainement des conflits entre

les intervenants, qu'ils soient d'une même ressource ou de ressources différentes.

Face à ces tensions, l'épreuve de réalité est souhaitable. Quelles sont les attentes des intervenants entre eux et sont-elles réalistes ? Une meilleure connaissance du rôle de chacun et l'élaboration plus fréquente de projets communs favoriseraient peut-être aussi une plus grande compréhension et cohérence dans le réseau. La reconnaissance des multiples visages des cocaïnomanes permettrait de mettre en évidence les différentes réalités cliniques. Autrement dit, les réactions contretransférentielles des intervenants envers les consommateurs et envers leurs partenaires seraient une piste d'étude et de formation auprès des intervenants qui serait intéressante et pertinente à développer.

En terminant, les approches mettant à contribution les forces des toxicomanes et de leur communauté telles que la participation de pairs aidant, la mobilisation des consommateurs, l'intervention sur les réseaux de toxicomanes, la possibilité d'un espace de parole et l'exercice du rôle de citoyen devraient être priorisées dans la lutte contre les infections virales. Ces approches permettent non seulement de redonner du pouvoir et un sentiment d'utilité aux personnes toxicomanes mais rassemblent les forces de chacun dans la lutte contre le VIH/sida et les hépatites puisque seul, la vie n'a pas de sens !

Références

- Bibeau, G, Perreault, M. (1995). Dérives montréalaises. Itinéraires de toxicomanes dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve. Montréal : Boréal, 234 p.
- Olievenstein, C. (1973). Écrits sur la toxicomanie. Éditions Universitaires, Paris.
- Parazelli, M. (1996). Les pratiques de socialisation marginalisée des jeunes de la rue dans l'espace urbain montréalais. Cahier de recherche sociologiques, 27, 48-62.
- Valleur, M. (1981). Conduites ordaliques et toxicomanie. Mémoire pour le C.E.S. de psychiatrie, Faculté de médecine Kremlin-Bicetre, Académie de Versailles, Université Paris-Sud.
- Winnicott, D.W. (1984). Deprivation and delinquency. Ed. By Clare Winnicott, Ray Shepherd, Madeleine Davis. University Press, Cambridge, Tavistock Publication.

Appendice 1

Autorisation de rédiger la thèse sous forme d'articles

Faculté des études supérieures
Vice-décanat

Le 3 juillet 2003

Madame Martine Vincent



Objet : Autorisation de déposer votre thèse de doctorat sous forme d'articles

Madame,

Suite à votre demande, j'ai le plaisir de vous autoriser à présenter votre thèse de doctorat sous forme d'articles. Il est entendu que vous devrez vous soumettre aux conditions minimales de dépôt décrites dans le « Guide de présentation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat », édition de mars 2001. Ce document est disponible sur le site de la FES. Vous pouvez également vous le procurer à la Librairie de l'Université de Montréal.

Cependant, afin de respecter la loi canadienne sur les droits d'auteurs, vous devrez, au moment du dépôt de votre thèse, remettre avec les formulaires de reproduction et de diffusion dûment complétés et signés, les déclarations écrites de tous les coauteurs des articles inclus dans votre thèse autorisant la reproduction et la diffusion de votre thèse de doctorat.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le vice-doyen,


 Fernand A. Roberge
Secteur Santé

/vs

c.c. : Mme Hélène David, directeur de recherche
Mme Marcelle Cossette-Ricard, directrice adjointe – Psychologie

Appendice 2

Accord des coauteurs et permission des éditeurs

Faculté des études supérieures
Vice-décanat

Le 3 juillet 2003

Madame Martine Vincent


Objet : Autorisation de déposer votre thèse de doctorat sous forme d'articles


Madame,

Suite à votre demande, j'ai le plaisir de vous autoriser à présenter votre thèse de doctorat sous forme d'articles. Il est entendu que vous devrez vous soumettre aux conditions minimales de dépôt décrites dans le « Guide de présentation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat », édition de mars 2001. Ce document est disponible sur le site de la FES. Vous pouvez également vous le procurer à la Librairie de l'Université de Montréal.

Cependant, afin de respecter la loi canadienne sur les droits d'auteurs, vous devrez, au moment du dépôt de votre thèse, remettre avec les formulaires de reproduction et de diffusion dûment complétés et signés, les déclarations écrites de tous les coauteurs des articles inclus dans votre thèse autorisant la reproduction et la diffusion de votre thèse de doctorat.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le vice-doyen,


 Fernand A. Roberge
Secteur Santé

/vs

c.c. : Mme Hélène David, directeur de recherche
Mme Marcelle Cossette-Ricard, directrice adjointe – Psychologie

Accords des coauteurs et permission de l'éditeur

A) Déclaration des coauteurs d'un article

1. Identification de l'étudiante :

Martine Vincent, [REDACTED]
Ph.D. Recherche / Intervention, option clinique dynamique

2. Description de l'article

Titre de l'article : Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés
Liste des auteurs : Martine Vincent, Paul C. Veilleux et Hélène David
Revue : Santé mentale au Québec
XXVIII, 1, 37-53

Cet article est actuellement en phase d'approbation finale. La mise en page est déjà prévue. Quelques corrections très mineures seront effectuées et l'article devrait être publié dans les prochaines semaines.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Martine Vincent inclue cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre « Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales (VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes ».

Paul C. Veilleux

Coauteur

[REDACTED]
Signature

10 juillet 03
Date

Hélène David

Coauteur

[REDACTED]
Signature

12 Juin 2003
Date

Accords des coauteurs et permission de l'éditeur

A) Déclaration des coauteurs d'un article

1. Identification de l'étudiante :

Martine Vincent, [REDACTED]
Ph.D. Recherche / Intervention, option clinique dynamique

2. Description de l'article

Titre de l'article: Enquête d'opinions chez les cocaïnomanes désaffiliés de Montréal ainsi que des intervenants impliqués

Liste des auteurs: Martine Vincent, Hélène David, Paul C. Veilleux et Dr Pierre Lauzon

Revue : Drogue, santé et société

Cet article a été accepté à condition de modifications importantes. Ces dernières ont été acheminées à l'éditeur et une réponse devrait être rendue dans les prochaines semaines.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Martine Vincent inclue cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre « Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales (VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes ».

Hélène David, Ph.D. psychologue

Coauteur

Signature

Date

12 JUIN 2003

Paul C. Veilleux, Ph.D. psychologue

Coauteur

Signature

Date

10 juillet 2003

Dr Pierre Lauzon, m.d.

Coauteur

Signature

Date

18 juillet 2003

Accords des coauteurs et permission de l'éditeur

A) Déclaration des coauteurs d'un article

1. Identification de l'étudiante :

Martine Vincent, [REDACTED]
Ph.D. Recherche / Intervention, option clinique dynamique

2. Description de l'article

Titre de l'article: Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales chez les utilisateurs de cocaïne injectée recrutés à Montréal

Liste des auteurs: Martine Vincent, Hélène David, Paul C. Veilleux

Revue : Psychologie canadienne

Cet article est pratiquement terminé et sera soumis à la fin juillet 2003.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Martine Vincent inclue cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre « Facteurs psychosociaux liés aux risques d'infections virales (VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes ».

Hélène David, Ph.D. psychologue

Coauteur

Signature

13/08/03
Date

Paul C. Veilleux, Ph.D. psychologue

Coauteur

Signature

10 juillet 2003
Date

Permission de l'éditeur d'une revue : article 1

1. Identification de la revue : Santé mentale au Québec
2. Identification de l'éditeur ou des éditeurs : Madame Suzanne Cloutier
3. Identification de l'article :

Martine Vincent, Paul C. Veilleux, Hélène David, Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés, XXVIII, 1, 37-53, 2002.

L'étudiante, Martine Vincent, est autorisée à inclure l'article ci-dessus dans sa thèse de doctorat qui a pour titre « Facteurs psychosociaux liés aux infections virales (VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes ».

Santé mentale au Québec,

Éditeur

Signature

Date

15 juillet/03

Permission de l'éditeur d'une revue : article 2

1. Identification de la revue : Drogues, santé et société
2. Identification de l'éditeur ou des éditeurs : Monsieur Jacques Frenette
3. Identification de l'article :

Martine Vincent, Hélène David, Paul C. Veilleux, Pierre Lauzon, Enquête d'opinion auprès des cocaïnomanes désaffiliés et des intervenants impliqués auprès d'eux.

L'étudiante, Martine Vincent, est autorisée à inclure l'article ci-dessus dans sa thèse de doctorat qui a pour titre « Facteurs psychosociaux liés aux infections virales (VIH/sida et hépatites) chez les cocaïnomanes ».

J. FRENETTE

Éditeur

Signature

22 juillet 2003

Date

Appendice 3

Formulaire de consentement destiné aux sujets

Université de Montréal (UdM)
Département de psychologie
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Formulaires d'information et de consentement destinés au participant de l'étude

** INFORMATIONS SUR LA RECHERCHE **

Titre de l'étude:

Liens entre les conduites à risques d'infections virales (VIH et hépatites) chez des hommes utilisateurs de cocaïne par injection âgés entre 18-30 ans, et les enjeux narcissiques, les mécanismes de défense, les structures de personnalité, certaines variables sociodémographiques ainsi que d'autres comportements à risques.

Principal chercheur:

Martine Vincent, psychologue et étudiante au programme Ph.D. recherche/intervention en psychologie de l'Université de Montréal, sous la direction d'Hélène David, Ph.D., et de Paul C. Veilleux, Ph.D.

Objectifs de la première étape de la recherche:

La première étape de ce projet vise l'exploration des liens entre, d'une part, les conduites à risques d'infections virales (VIH et hépatites), et d'autre part, les traits de personnalité, les difficultés de contrôle sur les émotions et les angoisses, le déni des risques d'infections virales et certains facteurs sociodémographiques. L'identification de facteurs liés à la prise de risques permettra, non seulement de mieux comprendre les risques que prennent les jeunes hommes utilisateurs de cocaïne par injection à Montréal, mais également de susciter la réflexion sur de nouvelles avenues de prévention. En effet, une plus grande connaissance des facteurs psychologiques liés à la prise de risques permettra d'intervenir sur ceux-ci le plus tôt possible afin de réduire les comportements responsables de la transmission du VIH et des hépatites B et C chez les utilisateurs de drogues injectables et leur entourage. De plus, ces connaissances permettront d'entrevoir des voies d'expressions moins dangereuses des difficultés rencontrées par les personnes utilisatrices de drogues.

Étapes de l'étude:

Pour atteindre ces objectifs, nous sollicitons votre participation pour répondre à six questionnaires. Vous aurez à répondre en encerclant des énoncés tels que A ou B, vrai ou faux qui seront les plus fidèles à votre point de vue. Vous aurez également à répondre à de courtes questions de l'examineur. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est votre point de vue qui nous intéresse. À travers ces questionnaires, nous vous questionnerons sur certains comportements à risques d'infections virales (VIH et hépatites), certains de vos traits de personnalité, votre perception du risque, votre situation socioéconomique, votre consommation de drogues, d'autres comportements à risques ainsi que la présence ou non de symptômes psychiatriques. Si vous vous sentez bouleversés par votre participation à cette étude, nous vous aiderons en vous référant à une ressource d'urgence.

Ces questionnaires seront administrés en présence d'un interviewer et la passation des questionnaires aura lieu à l'organisme le plus près possible de votre domicile. L'exercice nécessitera une seule rencontre qui ne devrait pas dépasser 60 minutes. Il est possible qu'il y ait d'autres participants que vous dans la pièce, cependant, vous aurez l'espace nécessaire pour préserver la confidentialité de vos réponses. Vous recevrez un montant de 10,00 \$ pour votre participation à cette étape. Si nécessaire, deux billets de métro vous seront remis pour assurer votre transport.

Le formulaire de consentement qu'on vous demandera de signer ne nous donne que l'autorisation de vous interviewer afin d'obtenir vos réponses aux six questionnaires de l'étude. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez très bien cette première étape de l'étude. Il est entendu que vous acceptez qu'on vous contacte pour une deuxième entrevue en signant ce formulaire. Vous pourrez refuser de participer à la deuxième étape à ce moment. Un autre feuillet d'information et de consentement vous sera remis dans le cas où nous souhaiterions vous rencontrer pour une seconde entrevue et que vous avez accepté.

Avantages / risques reliés à l'étude et procédures en cas d'urgence:

La participation à ce projet de recherche vous permettra de contribuer à l'identification de facteurs psychologiques et psychosociaux liés aux comportements à risques responsables de la transmission du VIH et des hépatites B et C chez les jeunes hommes utilisateurs de cocaïne injectable. Vous contribuerez, de plus, à favoriser le développement de mesures préventives plus efficaces dans la lutte contre le sida et les hépatites chez ces hommes. Cette étape du projet de recherche ne comporte aucun risque connu si

ce n'est que la possibilité de vivre certains malaises par rapport à des sujets souvent tabous (ex. consommation de drogues, sexualité, conduites dangereuses, comportements criminels, etc.). Par ailleurs, si vous ressentez des malaises, vous aurez la possibilité d'en parler avec l'interviewer et, si nécessaire, de contacter des ressources d'urgence pour recevoir de l'aide : l'urgence toxico du centre Dollard-Cormier ((514) 288-1515) ou l'urgence de l'hôpital où vous recevez des traitements (Hôtel-Dieu : (514) 843-2611, hôpital Notre-Dame : (514) 281-6000, hôpital Saint-Luc : (514) 281-6155).

Participation volontaire et Droit de retrait:

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de la recherche en tout temps. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question. Si vous êtes suivis ou référés par un organisme de traitement, il est à noter que votre décision de participer ou de ne pas participer n'aura aucun effet sur les services auxquels vous avez droit.

Confidentialité:

Afin d'assurer votre confidentialité, un numéro, remplaçant votre nom, vous sera assigné. Les informations demeureront confidentielles dans la mesure où les lois en vigueur le permettront. La confidentialité peut effectivement être rompue lorsque vous représentez un danger pour vous-mêmes ou pour les autres (article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse et article 2 de la Charte des droits et libertés). Dans ces situations, le chercheur ou son assistant en discutera avec vous. Le chercheur principal, Martine Vincent, ainsi que ses assistants de recherche, Patrick Boucher et Donald Boucher, seront les seules personnes qui auront accès à votre nom et à votre numéro. Par la suite, le numéro remplacera votre nom pour tous les questionnaires que vous aurez remplis.

Arrêt du projet:

Certains motifs pourraient mener à l'arrêt de la recherche par le chercheur, par exemple, si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si le participant ne répondait plus aux critères de sélection, etc.

Information:

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par Martine Vincent, chercheur principal, et par le biais de formulaires d'information et de consentement révisés destinés au participant sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Martine Vincent, chercheur principal, à sa boîte vocale au (514) 843-2611 (poste 4593) ou à l'UHRESS (Unité Hospitalière de Recherche, d'Enseignement et de Soins du Sida) au (514) 843-2648.

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participant à l'étude, vous pouvez vous adresser à Luc Granger, directeur du département de psychologie au (514) 343-6503.

Addendum:

Tout article contenu dans le feuillet d'information destiné au participant et la formule de consentement éclairé et qui irait à l'encontre d'une loi existante applicable dans la province de Québec sera nul et non avenu.

Droits légaux:

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur ou le commanditaire ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

*** FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ***

1. J'ai pris connaissance des informations sur la recherche qui sont destinées au participant de la recherche.
2. Je reconnais avoir été bien informé et avoir eu suffisamment de temps pour considérer ces informations et pour demander des conseils.
3. Je reconnais que le langage technique utilisé m'a été expliqué à ma satisfaction et que j'ai reçu les réponses satisfaisantes à mes questions.
4. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et les résultats ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques.
5. Je consens à la publication des résultats de cette étude en autant que les informations demeurent anonymes et/ou déguisées et qu'aucune identification ne puisse être faite.
6. J'ai été informé que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis entièrement libre de refuser d'y participer ou de me retirer de l'étude en tout temps sans que ceci ne modifie en rien la qualité des soins que je recevrai.

7. J'ai également été informé que le directeur de la recherche et le comité d'éthique de la recherche de l'université de Montréal ont approuvé le protocole de l'étude.
8. J'ai lu la présente formule et je consens volontairement à participer à cette étude.
9. Je reconnais avoir reçu un exemplaire des formulaires d'information et de consentement destinés au participant.
10. Toute nouvelle information qui pourrait influencer ma décision de participer à l'étude me sera communiquée par Martine Vincent verbalement et par le biais de formulaires d'information et de consentement révisés sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.
11. Pour de plus amples informations concernant l'étude, je peux communiquer avec Martine Vincent aux numéros suivants : (514) 843-2611 (poste 4593) ou (514) 843-2648.
12. Pour tout renseignement concernant mes droits en tant que participant à l'étude, je peux m'adresser à Luc Granger, directeur du département de psychologie au (514) 343-6503.
13. Tout article contenu dans ce document qui irait à l'encontre d'une loi existante applicable dans la province de Québec sera nul et non avenu.

Nom du participant : _____
Signature : _____
Date : _____

J'ai expliqué au sujet la nature, les risques et les avantages de la présente étude au meilleur de ma connaissance. J'ai répondu à toutes les questions qu'il désirait me poser

Nom du chercheur : _____
Signature : _____
Date : _____

Appendice 4

Questionnaire destiné aux sujets

Questionnaire sociodémographique

1. Date de naissance : _____	
2. Origine ethnique : 1. Canadien français 3. Autres : _____ 2. Canadien anglais	
3. Statut socioéconomique (autre que les activités criminelles) : 1. 5 000 \$ ou moins 4. 25 000 à 35 000 2. 5 000 à 15 000 5. 35 000 et plus 3. 15 000 à 25 000	
4. État matrimonial : 1. En relation de couple présentement depuis : _____ mois 2. Célibataire	
5. Orientation sexuelle : 1. Hétérosexuelle 2. Homosexuelle 3. Bisexuelle	
6. Occupation actuelle : 1. BES 5. Études à temps partiel 2. Chômage 6. Études à temps plein 3. Emploi à temps partiel 7. Autres : _____ 4. Emploi à temps plein	

7. Scolarité (année complétée):	
1. 1 ^{ère} 7. Secondaire 1 2. 2 ^{ème} 8. Secondaire 2 3. 3 ^{ème} 9. Secondaire 3 4. 4 ^{ème} 10. Secondaire 4 5. 5 ^{ème} 11. Secondaire 5 6. 6 ^{ème} 12. Cégep 1 13. Cégep 2 14. Cégep technique 15. Université	
8. Combien de fois avez-vous été testé pour le VIH / sida ? _____	
9. Quel est votre statut sérologique ? Si infecté, depuis quand ? _____	
1. HIV - 2. HIV + 3. Sida 4. Statut inconnu	
10. Combien de fois avez-vous été testé pour les hépatites (B ou C) ? _____	
11. Quel est votre statut hépatique ? Si infecté, depuis quand ? _____	
1. Aucune infection 4. Hépatites B et C 2. Hépatite B 5. Statut inconnu 3. Hépatite C	
12. Utilisez-vous les programmes d'échanges de seringues ?	
1. Toujours (à chaque fois que j'ai besoin d'une seringue) 2. Souvent 3. Quelques fois 4. Rarement 5. Jamais	

13. Quelles autres sources d'approvisionnement de seringues utilisez-vous ? 1. Amis 2. Membres de la famille 3. Partenaires sexuels 4. Inconnus 5. Autres : _____	
14. À quelle fréquence ? 1. Toujours 2. Souvent 3. Quelques fois 4. Rarement 5. Jamais	
15. Combien avez-vous fait de tentatives de suicide ? _____ (circonstances)	
16. Pour combien d'entres-elles avez-vous été hospitalisé ? _____	
17. Combien de fois vous êtes-vous injectés dans les deux bras à la fois ? _____	
18. Avez-vous eu des comportements d'automutilation dans le dernier mois ? _____	
19. Possédez-vous des armes blanches ? 1. Oui 2. Non	
20. Possédez-vous des armes à feu ? 1. Oui 2. Non	
21. Combien de fois vous êtes vous battu dans le dernier mois ? _____	
22. Conduisez-vous un véhicule ? 1. Oui 2. Non	

23. Lorsque vous conduisez, allez-vous plus vite que la limite permise ? 1. Toujours 4. Rarement 2. Souvent 5. Jamais 3. Quelques fois 6. Je ne conduis jamais	
24. Portez-vous la ceinture de sécurité ? 1. Toujours 4. Rarement 2. Souvent 5. Jamais 3. Quelques fois	
25. Conduisez-vous en zig zag ? 1. Oui 2. Non	
26. Conduisez-vous en état d'ébriété (0.008) ou d'intoxication ? 1. Oui 2. Non	
27. Avez-vous une moto ? 1. Oui 2. Non	
Combien de fois avez-vous pratiqué les jeux tels que :	
28. Strangulation ?	
29. Course d'automobile ou de moto ?	
30. Roulette russe ?	
31. Êtes-vous en contact avec des groupes criminels ? 1. Oui Si oui, à quelle fréquence : _____ 2. Non	
32. Avez-vous déjà eu à donner des informations à la police sur certaines activités criminelles ? 1. Oui 2. Non	

33. Avez-vous des dettes actuelles envers ces groupes criminels ? 1. Oui Si oui, combien ? _____ 2. Non	
34. Avez-vous déjà volé ces groupes ? 1. Oui 2. Non	
35. Avez-vous été victime d'une tentative de meurtre ? 1. Oui 2. Non	
36. Quels sont les comportements à risque d'infections virales (VIH/sida et hépatites) que vous connaissez ?	

Inventaire psychologique de l'Université de Californie

Veillez répondre, le plus spontanément possible, aux questions par VRAI ou FAUX.

1. Il est bon de se mettre en vedette de temps à autre.
 - a. Vrai _____
 - b. Faux _____
2. Certaines personnes exagèrent leurs problèmes pour s'attirer de la sympathie.
 - a. Vrai _____
 - b. Faux _____

3. J'ai souvent l'impression d'avoir mal choisi ma profession.
a. Vrai
b. Faux
4. Je suis toujours la règle qui dit : les affaires avant le plaisir.
a. Vrai
b. Faux
5. Il est inutile de se donner du mal pour les gens; à la longue, on finit toujours par s'attirer des ennuis.
a. Vrai
b. Faux
6. J'ai eu des expériences très étranges et très bizarres.
a. Vrai
b. Faux
7. Tricher dans sa déclaration d'impôts équivalait à voler le gouvernement.
a. Vrai
b. Faux
8. Il est bon de connaître des gens bien placés pour s'occuper des contraventions et autres choses du genre.
a. Vrai
b. Faux
9. On dit souvent que je suis un exalté.
a. Vrai
b. Faux
10. Il m'arrive parfois de faire du commérage.
a. Vrai
b. Faux

11. Il y a quelques personnes à qui on ne peut vraiment pas faire confiance.
a. Vrai
b. Faux
12. Quand j'allais en classe, je faisais souvent l'école buissonnière.
a. Vrai
b. Faux
13. Il m'arrive parfois de prétendre en savoir plus que je n'en sais réellement.
a. Vrai
b. Faux
14. Il est inutile de m'inquiéter au sujet des affaires publiques; de toute façon, je n'y peux rien.
a. Vrai
b. Faux
15. J'ai quelquefois envie de tout casser.
a. Vrai
b. Faux
16. La plupart des gens mentiraient s'ils pouvaient en retirer quelque chose.
a. Vrai
b. Faux
17. Lorsque quelqu'un me fait du tort, je pense que je dois lui rendre la pareille si je le peux, ne serait-ce que pour le principe.
a. Vrai
b. Faux
18. Été comme hiver, il est du devoir de chaque famille envers la municipalité de bien entretenir parterre et trottoir devant sa maison.
a. Vrai
b. Faux

19. Je crois que j'aimerais bien exercer une certaine autorité sur les autres.
a. Vrai
b. Faux
20. Je déteste être interrompu quand je suis en train de travailler.
a. Vrai
b. Faux
21. Il m'est parfois arrivé d'éviter quelqu'un de peur de dire ou de faire quelque chose que je regretterais plus tard.
a. Vrai
b. Faux
22. J'aimais aller à l'école.
a. Vrai
b. Faux
23. J'ai quelquefois envie de jurer.
a. Vrai
b. Faux
24. Il m'arrive quelquefois de traverser la rue simplement pour éviter de rencontrer quelqu'un.
a. Vrai
b. Faux
25. Peut-être bien que quelques minorités sont maltraitées, mais cela ne me regarde pas.
a. Vrai
b. Faux
26. Nous devrions nous occuper de notre propre pays et laisser le reste du monde se débrouiller seul.
a. Vrai
b. Faux

27. J'aime, de temps en temps, me vanter de mes exploits.

- a. Vrai
- b. Faux

28. Je dois reconnaître que j'essaie souvent d'en faire à ma tête, peu importe ce que les autres veulent.

- a. Vrai
- b. Faux

29. Il suffit de voter tous les quatre ans pour remplir son devoir de citoyen.

- a. Vrai
- b. Faux

30. Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler.

- a. Vrai
- b. Faux

31. Je ferais à peu près n'importe quoi pour relever un défi.

- a. Vrai
- b. Faux

32. De la façon dont vont les choses, il est difficile de garder l'espoir de devenir quelqu'un.

- a. Vrai
- b. Faux

33. Mon attitude est plutôt sérieuse quand il s'agit de problèmes d'éthique.

- a. Vrai
- b. Faux

34. Je dois reconnaître que je travaille souvent juste assez pour me tirer d'affaire.

- a. Vrai
- b. Faux

35. J'aime attirer l'attention.

- a. Vrai
- b. Faux

36. Le feu me fascine.

- a. Vrai
- b. Faux

37. J'éprouve parfois l'envie de me battre à coups de poing avec quelqu'un.

- a. Vrai
- b. Faux

38. Je ne dis pas toujours la vérité.

- a. Vrai
- b. Faux

39. Je n'apprenais pas rapidement en classe.

- a. Vrai
- b. Faux

40. Je crois que je suis plus rigoureux que la plupart des gens quand il s'agit du bien et du mal.

- a. Vrai
- b. Faux

41. Je ne crains pas de consulter un médecin quand je suis malade ou blessé.

- a. Vrai
- b. Faux

42. J'essaie toujours de tenir compte des sentiments d'autrui avant d'agir.

- a. Vrai
- b. Faux

43. Je crois que j'aimerais piloter une voiture de course.

- a. Vrai
- b. Faux

44. Je ne me suis jamais aussi bien porté que maintenant.

- a. Vrai
- b. Faux

45. Je n'ai jamais ou presque jamais d'étourdissements.

- a. Vrai
- b. Faux

46. Il n'y a pas de mal à contourner la loi pourvu qu'on ne la viole pas vraiment.

- a. Vrai
- b. Faux

47. J'aime entendre des conférences sur la situation mondiale.

- a. Vrai
- b. Faux

48. J'ai un peu peur dans le noir.

- a. Vrai
- b. Faux

49. J'aimerais bien porter des vêtements coûteux.

- a. Vrai
- b. Faux

50. J'examine une question sous tous les angles avant de prendre une décision.

- a. Vrai
- b. Faux

51. Les critiques et les réprimandes me mettent très mal à l'aise.

- a. Vrai
- b. Faux

52. Quand je ne me sens pas bien, je suis assez grincheux et plutôt de mauvaise humeur.

- a. Vrai
- b. Faux

53. Chaque citoyen devrait prendre le temps de se renseigner sur l'actualité nationale, même s'il doit pour cela sacrifier quelques plaisirs personnels.

- a. Vrai
- b. Faux

54. Mes parents ont souvent critiqué mes fréquentations.

- a. Vrai
- b. Faux

55. Cela ne me dérange pas qu'on me donne des ordres et qu'on me dise ce que je dois faire.

- a. Vrai
- b. Faux

56. Ma vie de famille a toujours été heureuse.

- a. Vrai
- b. Faux

57. J'agis souvent sous l'impulsion du moment sans prendre le temps de réfléchir.

- a. Vrai
- b. Faux

58. Ma façon d'agir peut parfois être mal interprétée.

- a. Vrai
- b. Faux

59. La plupart des gens se réjouissent secrètement des malheurs d'autrui.

- a. Vrai
- b. Faux

60. Quand je travaille avec un groupe, j'aime assumer des responsabilités.

- a. Vrai
- b. Faux

61. Mes parents m'ont en général laissé prendre mes propres décisions.
a. Vrai
b. Faux
62. Je préfère me passer de quelque chose plutôt que de demander une faveur.
a. Vrai
b. Faux
63. J'éprouve parfois le besoin de me faire du mal à moi-même ou d'en faire à autrui.
a. Vrai
b. Faux
64. J'ai eu plus que ma part de soucis.
a. Vrai
b. Faux
65. Je fais souvent ce qui me fait plaisir sur le moment, même s'il faut y sacrifier quelque but lointain.
a. Vrai
b. Faux
66. En classe, mes notes de conduite étaient assez régulièrement mauvaises.
a. Vrai
b. Faux
67. Je me rappelle avoir prétendu être malade pour me tirer d'affaire.
a. Vrai
b. Faux
68. Quand je rencontre un inconnu, j'ai tendance à penser qu'il vaut mieux que moi.
a. Vrai
b. Faux
69. J'aurais honte de ne pas user de mon droit de vote.
a. Vrai
b. Faux

70. J'aime bien laisser les autres dans l'expectative quant à mes intentions.
a. Vrai
b. Faux
71. Rien n'est plus important pour moi que mes obligations professionnelles et mes devoirs envers mes semblables.
a. Vrai
b. Faux
72. Je crois que j'aimerais bien, un jour, prendre part à un match de boxe.
a. Vrai
b. Faux
73. Avant d'agir, j'essaie de prévoir les réactions de mes amis.
a. Vrai
b. Faux
74. Quand ça va mal, il m'arrive parfois de blâmer quelqu'un d'autre.
a. Vrai
b. Faux
75. J'ai plus de plaisir à suivre une course ou un jeu lorsque je parie sur les résultats.
a. Vrai
b. Faux
76. Je me suis souvent rendu compte que les gens m'enviaient mes bonnes idées, tout simplement parce qu'ils n'y avaient pas songé avant moi.
a. Vrai
b. Faux
77. Il m'arrive, aux élections, de voter pour des hommes qui me sont presque inconnus.
a. Vrai
b. Faux

78. J'aime aller à des réceptions ou à des réunions où l'on s'amuse bruyamment.
a. Vrai
b. Faux
79. Je n'ai jamais eu d'ennui avec la justice.
a. Vrai
b. Faux
80. À l'école, j'ai parfois été envoyé chez le directeur pour mauvaise conduite.
a. Vrai
b. Faux
81. Il est de notre devoir de prendre soin de nos parents âgés, même si cela demande des sacrifices énormes.
a. Vrai
b. Faux
82. J'essaie à tout prix d'éviter les ennuis.
a. Vrai
b. Faux
83. J'aimerais mieux être un travailleur assidu et consciencieux plutôt que brillant et instable.
a. Vrai
b. Faux
84. Je suis enclin à me mettre en vedette de quelque façon si l'occasion s'en présente.
a. Vrai
b. Faux
85. Nous devrions payer davantage nos élus.
a. Vrai
b. Faux

86. Je peux dire honnêtement qu'il m'est égal de payer des impôts, car j'estime que c'est là un des moyens de payer pour ce que je reçois de la société.
a. Vrai
b. Faux
87. Quelquefois, je n'arrive pas à me mettre en train.
a. Vrai
b. Faux
88. Je suis souvent dérangé par des pensées inutiles qui me trottent sans cesse dans la tête.
a. Vrai
b. Faux
89. Je me sens presque toujours heureux.
a. Vrai
b. Faux
90. Je reconnais que j'ai mauvais caractère lorsque je me mets en colère.
a. Vrai
b. Faux
91. J'avoue qu'il m'est très difficile de travailler selon des règles rigides.
a. Vrai
b. Faux
92. J'aime les réceptions bruyantes où il y a beaucoup de monde.
a. Vrai
b. Faux
93. Quand les prix sont élevés, on ne peut blâmer les gens de profiter de toutes les bonnes occasions.
a. Vrai
b. Faux

94. Je n'ai jamais menti à dessein.
a. Vrai
b. Faux
95. J'ai souvent le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ou de méchant.
a. Vrai
b. Faux
96. Nous devrions laisser les autres pays se tirer d'affaire eux-mêmes; s'ils se sont mis dans de mauvais draps, à eux de s'en sortir.
a. Vrai
b. Faux
97. Il m'est arrivé à quelques reprises d'être très mesquin envers quelqu'un.
a. Vrai
b. Faux
98. Il m'est plus facile de parler que d'écouter.
a. Vrai
b. Faux
99. J'ai eu parfois grande envie de quitter ma famille.
a. Vrai
b. Faux
100. Je prends quelquefois plaisir à aller à l'encontre des règlements et à faire ce qui est défendu.
a. Vrai
b. Faux
101. Je me dispute rarement avec les membres de ma famille.
a. Vrai
b. Faux

102. Lorsqu'on me remet trop de monnaie dans un magasin, je la rends toujours.
a. Vrai
b. Faux
103. J'aime bien faire des lectures scientifiques.
a. Vrai
b. Faux
104. Je n'ai jamais fait quelque chose de dangereux juste pour le plaisir de la chose.
a. Vrai
b. Faux
105. Lorsque j'étais enfant, j'ai été renvoyé temporairement de l'école, une ou plusieurs fois, pour des raisons disciplinaires.
a. Vrai
b. Faux
106. Je me suis parfois beaucoup tracassé pour des choses qui n'avaient guère d'importance.
a. Vrai
b. Faux
107. De temps en temps, je suis d'une humeur massacrante et personne ne peut faire quoi que ce soit qui me plaise.
a. Vrai
b. Faux
108. J'estime que j'ai souvent été puni sans raison.
a. Vrai
b. Faux
109. J'aimerais bien être un acteur de théâtre ou de cinéma.
a. Vrai
b. Faux

110. J'ai quelquefois un violent désir de faire quelque chose de nuisible ou de choquant.
a. Vrai
b. Faux
111. Les voitures de police doivent être identifiées afin qu'on puisse toujours les voir venir.
a. Vrai
b. Faux
112. J'ai souvent agi à l'encontre des désirs de mes parents.
a. Vrai
b. Faux
113. Je pense souvent à mon apparence et à l'impression que je produis sur les autres.
a. Vrai
b. Faux
114. Je n'ai jamais été un grand buveur d'alcool.
a. Vrai
b. Faux
115. Il m'est facile de rompre avec un ami ou de le laisser tomber.
a. Vrai
b. Faux
116. Je suis nerveux quand je dois faire une demande d'emploi.
a. Vrai
b. Faux
117. J'avais parfois l'impression que j'aimerais quitter la maison.
a. Vrai
b. Faux
118. Je ne me soucie jamais de mon apparence.
a. Vrai
b. Faux

119. Ma vie de famille a toujours été très agréable. _____
a. Vrai
b. Faux
120. Il me semble que, plus souvent que les autres, je fais des choses que je regrette ensuite. _____
a. Vrai
b. Faux
121. Mes manières à table ne sont pas aussi bonnes chez moi que lorsque je sors avec des gens. _____
a. Vrai
b. Faux
122. Il est plutôt facile d'avoir le dernier mot dans une discussion avec moi. _____
a. Vrai
b. Faux
123. Je sais qui est responsable de la plupart de mes ennuis. _____
a. Vrai
b. Faux
124. Je perds confiance dans la justice quand je vois un avocat futé faire acquitter un criminel. _____
a. Vrai
b. Faux
125. J'ai abusé de l'alcool. _____
a. Vrai
b. Faux
126. J'ai parfois voulu m'enfuir de la maison. _____
a. Vrai
b. Faux
127. La vie me traite en général très durement. _____
a. Vrai
b. Faux

128. On parle souvent de moi derrière mon dos.
a. Vrai
b. Faux
129. Je ne jouerais jamais aux cartes avec un inconnu.
a. Vrai
b. Faux
130. Je ne crois pas être aussi heureux que les autres semblent l'être.
a. Vrai
b. Faux
131. J'ai parfois commis des vols quand j'étais enfant.
a. Vrai
b. Faux
132. Le foyer de mon enfance a été moins paisible et moins tranquille que celui de la plupart des gens.
a. Vrai
b. Faux
133. Quand j'étais écolier, je donnais beaucoup de fil à retordre à mes maîtres.
a. Vrai
b. Faux
134. Si c'était suffisamment payant, j'aimerais bien voyager avec un cirque ou des forains.
a. Vrai
b. Faux
135. Je n'ai jamais particulièrement aimé fréquenter l'école.
a. Vrai
b. Faux

136. Les membres de ma famille ont toujours été très unis.
a. Vrai
b. Faux
137. Mes parents ne m'ont jamais vraiment bien compris.
a. Vrai
b. Faux
138. Il vaut mieux n'avoir confiance en personne.
a. Vrai
b. Faux

—

—

—

D.R.H.

1 : Totalelement en accord

2 : En accord

3 : Neutre

4 : En désaccord

5 : Totalelement en désaccord

- | | |
|---|-----------|
| 1. On ne peut courir le risque de devenir infecté du VIH que si on est homosexuel ou qu'on s'injecte des drogues. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Si tu n'as jamais eu de maladies vénériennes, tu ne peux probablement pas avoir contracté le sida. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Je ne serai pas infecté par le VIH parce que ces choses-là ne m'arrivent jamais. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Tu cours le risque de t'infecter que si tu as des relations avec des partenaires sexuels occasionnels. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si tu te laves bien après avoir eu des contacts sexuels, tu cours un très petit risque d'infection. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Je ne suis pas le type de personne à qui arrive ce genre de chose. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Si tu peux faire confiance à l'autre personne, alors tu n'as pas besoin de rien faire pour prévenir l'infection (VIH). | 1 2 3 4 5 |
| 8. Si tu connais quelqu'un un petit peu, alors tu sais tout de suite si tu cours un risque. | 1 2 3 4 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Selon mon opinion, le sexe (ou les drogues) et la protection ne vont tout simplement pas ensemble. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Tu devrais juste profiter du plaisir du sexe (ou des drogues) même si tu cours certains risques. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Prendre des risques avec le sexe (ou les drogues) les rends encore plus excitants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. La chance que je sois infecté par le virus du sida est tellement petite que j'accepte le risque. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Si tu deviens infecté, c'est juste une malchance. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. La menace du sida est grandement exagérée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. La chance d'être infecté rend également le sexe (ou les drogues) plus excitants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tu n'as qu'à accepter le risque d'infection. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

IPN

Vous devez choisir l'énoncé A ou B avec lequel vous êtes le plus en accord, c'est-à-dire celui qui décrit le mieux ce que vous êtes ou ce que vous pensez. Il se peut que vous soyez partagé, indécis entre A et B, dans ce cas vous choisissez l'énoncé qui vous paraît le plus proche de votre pensée. Si aucune des deux phrases ne vous décrit avec exactitude, alors vous optez pour celle qui suscite le moins d'objections.

Lisez attentivement chaque couple de phrases et assurez-vous de fournir une réponse pour chaque paire en encerclant la lettre correspondant à votre choix. Sachez qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse à ce questionnaire, c'est votre point de vue qui m'intéresse.

1. A. Je possède une facilité naturelle pour influencer autrui. _____
 B. Je ne suis pas très doué pour influencer autrui. _____
2. A. La modestie n'est pas ma qualité principale. _____
 B. Je suis essentiellement une personne modeste. _____
3. A. J'oserais accomplir presque n'importe quoi sur un coup de tête. _____
 B. Je me considère comme une personne relativement prudente. _____
4. A. Lorsque les gens me complimentent, je suis parfois embarrassé. _____
 B. Je suis conscient de ma valeur parce que les gens me le disent. _____
5. A. L'idée de diriger l'univers me remplirait de panique. _____
 B. Si j'avais la possibilité de diriger l'univers, il se porterait mieux. _____

6. A. Je peux habituellement me sortir de n'importe quoi. _____
B. J'essaie d'accepter les conséquences de mes actes. _____
7. A. Je préfère m'intégrer à la foule sans me faire remarquer. _____
B. J'aime bien être le point de mire de l'attention. _____
8. A. Je suis toujours sûr de réussir. _____
B. Je ne suis pas trop préoccupé par le succès. _____
9. A. Je ne suis ni meilleur ni pire que la plupart des gens. _____
B. Je pense que je suis une personne exceptionnelle. _____
10. A. Je ne suis pas certain que je serais un bon chef. _____
B. Je me perçois comme un excellent chef. _____
11. A. Je suis capable de m'affirmer. _____
B. Je voudrais être capable de m'affirmer davantage. _____
12. A. J'aime bien exercer de l'autorité sur les gens. _____
B. Le fait d'exécuter des ordres ne m'ennuie pas. _____
13. A. Il m'est relativement facile de manipuler les gens. _____
B. Je n'aime pas me rendre compte que je manipule les gens. _____
14. A. J'exige le respect qui m'est dû. _____
B. Je reçois habituellement le respect que je mérite. _____

15. A. Je n'aime pas particulièrement montrer mon corps. _____
B. J'aime beaucoup montrer mon corps. _____
16. A. Je peux deviner les autres avec facilité. _____
B. Les gens sont parfois difficiles à comprendre. _____
17. A. Lorsque je me sens compétent, j'aime assumer la responsabilité de prendre des décisions. _____
B. J'aime assumer la responsabilité de prendre des décisions. _____
18. A. Je désire simplement être heureux. _____
B. Je désire être quelqu'un d'important aux yeux du monde. _____
19. A. Mon corps n'a rien de spécial. _____
B. J'aime bien admirer mon corps. _____
20. A. J'évite de me mettre en évidence. _____
B. Je suis capable de me mettre en évidence lorsque j'en ai l'occasion. _____
21. A. Je suis toujours sûr de ce que je suis en train de faire. _____
B. Parfois, je doute de ce que je suis en train de faire. _____
22. A. Parfois, je dépends des autres pour accomplir des choses. _____
B. Je dépends rarement des autres pour accomplir des choses. _____
23. A. Parfois, je raconte de bonnes histoires. _____
B. Tout le monde aime écouter mes histoires. _____

24. A. Je m'attends à beaucoup de la part des autres.
B. J'aime faire des choses pour les autres. _____
25. A. Je ne serais pleinement satisfait que lorsque j'aurai obtenu tout ce que je mérite.
B. Je prends les satisfactions à mesure qu'elles se présentent. _____
26. A. Les compliments m'embarrassent.
B. J'aime bien recevoir des compliments. _____
27. A. J'ai un grand désir d'acquérir du pouvoir.
B. Le pouvoir en soi ne m'intéresse pas. _____
28. A. Je ne suis pas particulièrement attiré par les modes et nouveautés.
B. J'aime créer des modes et des nouveautés. _____
29. A. J'aime bien me regarder dans le miroir.
B. Je ne suis pas particulièrement porté à me regarder dans le miroir. _____
30. A. J'aime beaucoup être le centre d'attention.
B. Le fait d'être le centre d'attention me met mal à l'aise. _____
31. A. Je peux vivre ma vie à ma guise.
B. Les gens ne peuvent pas toujours vivre leur vie à leur guise. _____
32. A. L'exercice de l'autorité a peu de signification pour moi.
B. Les gens semblent toujours reconnaître mon autorité. _____

33. A. Je préférerais être un chef. _____
B. Il importe peu pour moi d'être un chef ou de ne pas l'être. _____
34. A. Je deviendrai une personne importante. _____
B. J'espère que je réussirai. _____
35. A. Les gens croient parfois ce que je leur dis. _____
B. Je peux faire en sorte que les gens croient tout ce que je veux. _____
36. A. Je suis un leader né. _____
B. Le leadership est une qualité qui s'acquiert avec le temps. _____
37. A. Je souhaite que quelqu'un écrive un jour ma biographie. _____
B. Je n'aime pas que les gens jettent un regard indiscret dans ma vie. _____
38. A. Je suis déçu lorsque les gens ne me remarquent pas en public. _____
B. Il m'importe peu de m'effacer dans la foule lorsque je suis en public. _____
39. A. Je suis plus doué que la plupart des gens. _____
B. Je peux apprendre beaucoup de choses des gens qui m'entourent. _____
40. A. Je ressemble à la majorité des gens. _____
B. Je suis une personne exceptionnelle. _____

HRBS : Encercler la lettre correspondant à votre réponse

- | | |
|--|---|
| 1. Combien de fois vous-êtes vous injectés de la drogue dans le dernier mois ? | 0 |
| a. Pas du tout | 1 |
| b. Une fois par semaine ou moins | 2 |
| c. Plus qu'une fois par semaine (mais moins qu'une fois par jour) | 3 |
| d. Une fois par jour | 4 |
| e. 2-3 fois par jour | 5 |
| f. Plus que 3 fois par jour (si plus que 3 fois combien de fois : _____) | |
| | |
| 2. Combien de fois dans le dernier mois avez-vous utilisé la seringue que quelqu'un d'autre avait déjà utilisée avant vous ? (sans la désinfecter, avec qui et dans quelles circonstances) | 0 |
| a. Aucune | 1 |
| b. Une fois | 2 |
| c. Deux fois | 3 |
| d. 3-5 fois | 4 |
| e. 6-10 fois | 5 |
| f. Plus que 10 fois | |

3. Dans le dernier mois, combien de personnes différentes avaient utilisé une seringue avant vous ?

- | | |
|--------------------------|---|
| a. Aucune | 0 |
| b. Une personne | 1 |
| c. Deux personnes | 2 |
| d. 3-5 personnes | 3 |
| e. 6-10 personnes | 4 |
| f. Plus que 10 personnes | 5 |

4. Combien de fois, dans le dernier mois, quelqu'un a-t-il utilisé votre seringue après vous ?

- | | |
|--------------------|---|
| a. Aucune | 0 |
| b. Une fois | 1 |
| c. Deux fois | 2 |
| d. 3-5 fois | 3 |
| e. 6-10 fois | 4 |
| f. Plus de 10 fois | 5 |

5. Combien de fois, dans le dernier mois, avez-vous lavé les seringues avant de les réutiliser ?

- | | |
|---------------------|---|
| a. Ne réutilise pas | 0 |
| b. Toutes les fois | 1 |
| c. Souvent | 2 |
| d. Quelques fois | 3 |
| e. Rarement | 4 |
| f. Jamais | 5 |

6. Avant d'utiliser les seringues à nouveau, combien de fois, dans le dernier mois, avez-vous utilisé de l'eau de Javel pour les désinfecter ?

- | | |
|---------------------|---|
| a. Ne réutilise pas | 0 |
| b. Toutes les fois | 1 |
| c. Souvent | 2 |
| d. Quelques fois | 3 |
| e. Rarement | 4 |
| f. Jamais | 5 |

7. Avec combien de personne(s), incluant les clients (prostitution), avez-vous eu des relations sexuelles dans le dernier mois ? (relations sexuelles avec hommes ou femmes, avec partenaires réguliers ou occasionnels)

- | | |
|-------------------------|---|
| a. Aucune | 0 |
| b. Une | 1 |
| c. Deux | 2 |
| d. 3-5 personnes | 3 |
| e. 6-10 personnes | 4 |
| f. Plus de 10 personnes | 5 |

8. Combien de fois avez-vous utilisé le condom lors de vos relations sexuelles avec un ou des partenaire(s) régulier(s) dans le dernier mois ?

- | | |
|---|---|
| a. Pas de partenaire régulier ou pas de pénétration | 0 |
| b. Toutes les fois | 1 |
| c. Souvent | 2 |
| d. Quelques fois | 3 |
| e. Rarement | 4 |
| f. Jamais | 5 |

9. Combien de fois avez-vous utilisé le condom lors de vos relations sexuelles avec un ou des partenaires occasionnel(s) dans le dernier mois ?

- | | |
|--|---|
| a. Pas de partenaire occasionnel ou pas de pénétration | 0 |
| b. Toutes les fois | 1 |
| c. Souvent | 2 |
| d. Quelques fois | 3 |
| e. Rarement | 4 |
| f. Jamais | 5 |

10. Combien de fois avez-vous utilisé le condom lors de relations sexuelles dans le cadre de la prostitution dans le dernier mois ?

- a. Pas de prostitution ou pas de pénétration
- b. Toutes les fois
- c. Souvent
- d. Quelques fois
- e. Rarement
- f. Jamais

0
1
2
3
4
5

11. Combien de fois, dans le dernier mois, avez-vous eu des relations sexuelles anales ?

- a. Aucune
- b. Une fois
- c. Deux fois
- d. 3-5 fois
- e. 6-10 fois
- f. Plus que 10 fois

0
1
2
3
4
5

avec ou sans condom

- Nombres de fois où le sujet a utilisé la seringue de quelqu'un sans la désinfecter à vie (estimation du sujet) et les circonstances des échanges :

- Nombres de relations sexuelles non protégées à vie (estimation du sujet) et circonstances :

- Conclusion (sujet à haut risque, à moyen risque ou peu à risque) et commentaires :

Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)

A) Quelle est la date de votre dernière consommation et quels sont les produits et la quantité consommée ?

Substances

	30 dernier Jours (A à I)	Âge de la 1 ^{re} consommation	Âge de la consommation régulière	Années d'utilisation	Mode d'administration
1					
Alcool (toute utilisation) (Aa)					
2					
Alcool (3 ou plus (0.08)) (Ba)					
3					
Héroïne (A)					
4					
Méthadone (B)					
5					
Autres opiacés / analgésiques (C)					
6					
Barbituriques (D)					
7					
Autres sédatifs (E)					
8					
Antipsychotiques					
Antidépresseurs					
Stabilisateurs de l'humeur					
9					
Cocaïne (F)					
10					
Amphétamines (G)					
11					
Cannabis (H)					
12					
Hallucinogènes (I)					
13					
Inhalants					

Mode : 1- Oral 2- Nasal 3- Fumé 4- Injecté (non-intraveineux) 5- Injecté (IV) 6- Autres (commentaires)

13. Plus d'une substance par jour (y compris l'alcool)

| | | | |
 30 derniers jours (J) à vie

14. Quelle(s) substance(s) cause(nt) un problème majeur ?

☐ ☐ ☐

00 – pas de problème ou 1 à 12

15 – Alcool et drogues

16 – Polydrogues

Si code 15 ou 16, encercler : 3 4 5 6 7a 8 9 10 11 12

15. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette ou ces substances ?
mois

- 00 – Jamais abstinent
- 01 – Au moins un mois
- 98 – 98 mois et plus
- 99 – NSP ou refus

N/A si 00 à la question 14

16. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé ?

- 00 – Encore abstinent
- 98 – 98 mois et plus
- 99 – NSP ou refus

N/A jamais été abstinent ou si 00 à la question 14

mois

17. Combien de fois avez-vous eu :

- delirium tremens ?
- surdose de drogues ?

18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité :

- pour abus d'alcool seulement ?
- pour abus de drogues uniquement ?
- pour abus d'alcool et de drogues ?

20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé :

- 9998 = 9998 \$ et plus
- 9999 = NSP ou refus

- pour l'alcool ? (Fa)
- pour les drogues ?

21. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous été traité en externe ?

22. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé :

- des problèmes d'alcool ? (Ca)
- des problèmes de drogues ? (K)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par :

- ces problèmes d'alcool ? (Da) (0-4)
- ces problèmes de drogues ? (L) (0-4)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

24. Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'avoir un traitement pour :

- ces problèmes d'alcool ? (Ea) (0-4)
- ces problèmes de drogues ? (M) (0-4)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

25. Quelle est votre estimation de la gravité du problème du participant :

- pour abus d'alcool ?
- pour abus de drogues ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Scores composés : $\text{Alcool} = \text{Aa}/180 + \text{Ba}/180 + \text{Ca}/180 = \text{Da}/24 + \text{Ea}/24 + \log \text{Fa}/44 =$

$\text{Drogues} = \text{A}/390 + \text{B}/390 + \text{C}/390 + (\dots) + \text{K}/390 + \text{L}/52 + \text{M}/52 =$

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

26. Les renseignements ci-dessus sont sensiblement faussés parce que le participant dissimule la vérité ? 1 - oui 2 - non

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

27. Les renseignements ci-dessus sont sensiblement faussés parce qu'il ne comprend pas les questions ? 1 - oui 2 - non

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

